

ASL



2010
2ª CONFERENZA DEI SERVIZI
LA NUOVA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Relazione d'attività

sabato 23 gennaio 2010, alle ore 15,00
Sala Convegni dell'Hotel Candiani
via Candiani d'Olivola, 36 - Casale Monferrato.

Il percorso di costituzione dell'ASL AL, le scelte strategiche e organizzative, nonché le azioni del corrente anno hanno avuto quale quadro di riferimento gli indirizzi forniti dal Piano Socio Sanitario Regionale 2008-2010, attraverso gli snodi fondamentali rappresentati dai percorsi di definizione e approvazione del Piano Strategico di Riquilibrato dell'Assistenza e di Riequilibrio Economico-Finanziario (PRR) 2008-2010 e dell'Atto Aziendale – Piano di Organizzazione aziendale.

Il filo conduttore di tutte le scelte di riordino delle attività è stato quello di cercare di riportare al centro della politica sanitaria la persona con le sue esigenze individuali e familiari oltre che di diagnosi cura e riabilitazione, promuovendo la salute a tutto tondo.

I processi di accorpamento e di riorganizzazione interna non possono mai dimenticare il ruolo e la centralità del cittadino, non solo enunciati ma effettivamente realizzati con progetti e azioni concrete, infatti costituiscono priorità della nuova Azienda:

- il potenziamento degli sportelli e dei punti di primo accesso / contatto a tutti i livelli,
- il concetto della effettiva presa in carico del cittadino, che comporta un nuovo rapporto tra ospedali, territori e dipartimenti in una visione sistemica dell'offerta di servizi,
- la sempre più puntuale collaborazione con i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, attori fondamentali del processo di "presa in carico" del cittadino.

Il modello di organizzazione adottato, improntato alla semplificazione e al contenimento delle articolazioni orizzontali e verticali, è stato accompagnato da una profonda riorganizzazione sia all'interno dei singoli servizi che nella rete ospedaliera e territoriale, al fine di consentire un impiego più equo delle risorse disponibili, un miglioramento della produttività complessiva del sistema nonché l'eliminazione delle sacche di improduttività, delle duplicazioni e delle incongruità più evidenti dell'organizzazione.

Tale modello tende alla realizzazione di un raccordo sistematico e sinergico fra le varie articolazioni aziendali, per garantire l'efficacia e la qualità dei risultati di salute della popolazione e della gestione della Struttura.

La sinergia fra le Strutture aziendali è stata perseguita utilizzando soluzioni gestionali, progetti e programmi, ricorrendo a coordinamenti organizzativi per le Macroaree aziendali (Prevenzione, Distretti, Ospedali).

Il processo di riorganizzazione e semplificazione organizzativa non va visto semplicemente nell'ottica della riduzione delle Strutture aziendali, ma come percorso per superare le frammentazioni, garantendo un'aggregazione ampia per affinità, determinando condivisioni di linguaggio, di obiettivi, di strumenti, e mettendo in tal modo le basi per un cambiamento evolutivo reale in termini di:

- valorizzazione dei ruoli e delle responsabilità,

- orientamento all'utente nel disegno organizzativo,
- equità complessiva interna e nei confronti della popolazione,
- semplificazione degli *iter* amministrativi e sanitari.

Nell'ambito degli obiettivi generali assegnati a tutte le Aziende Sanitarie per il 2008 sono stati assegnati all'ASL AL i seguenti obiettivi "specifici" :

1. rivedere i modelli organizzativi dei presidi ospedalieri dell'ASL prevedendone la piena integrazione delle attività anche attraverso interventi di unificazione funzionale;
2. programmare ed attuare modalità di integrazione con le attività dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria;
3. attivare le opportune iniziative volte a una significativa deospedalizzazione da valutarsi, in particolare, con la riduzione tendenziale dei tassi standardizzati di ospedalizzazione;
4. protocollo gravidanza a rischio in funzione del trasferimento in utero;

i quali sono stati tutti raggiunti, ottenendo il punteggio massimo assegnabile.

ASSETTO ISTITUZIONALE

LA CONFERENZA DEI SINDACI/RAPPRESENTANZA/COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO

La collaborazione tra ASL, Sindaci e Rappresentanti di Organi Istituzionali è stata particolarmente rilevante non solo per l'adempimento dei compiti istituzionali assegnati dalla vigente normativa nazionale e regionale ma anche nel definire momenti di confronto costruttivi sui problemi reali della popolazione, oltre che nella definizione delle modalità di lavoro per l'elaborazione dei profili e piani di salute come strumento di programmazione delle politiche sociali e sanitarie a livello distrettuale e ha permesso di giungere rapidamente alla definizione della nuova articolazione distrettuale e l'avvio dell'attività dei Comitati dei Sindaci di Distretto.

LA CONFERENZA DEI SINDACI

La Conferenza composta dai Sindaci dei 195 Comuni dell'ASL AL, si è insediata il 28 febbraio 2008 e al termine del 1° semestre 2009 ha tenuto n. 6 riunioni nelle quali ha ottemperato ai seguenti adempimenti:

- approvazione del Regolamento;
- elezione del Presidente, Vice Presidente,Rappresentanza;
- individuazione ambiti territoriali distrettuali;
- parere su individuazione Sede Legale;
- espressione parere sul raggiungimento obiettivi assegnati per gli anni 2006/2007 e 2008 da parte dei Direttori Generali di ASL AL (ex ASL 20-21-22) e Azienda Ospedaliera di Alessandria;
- espressione parere sul raggiungimento degli obiettivi assegnati all'atto della nomina del Direttore Generale dell' ASL AL;
- designazione componenti di competenza nei Collegi Sindacali di ASL AL e Azienda Ospedaliera di Alessandria.

I COMITATI DEI SINDACI DI DISTRETTO

Il ruolo dei Comitati Sindaci di Distretto è particolarmente rilevante quale Organismo Istituzionale Distrettuale che permette, pur tenendo conto delle esigenze generali, la realizzazione di una programmazione calibrata ai bisogni specifici del territorio di riferimento.

I 7 Comitati dei Sindaci di Distretto sono stati insediati entro il 1° semestre del 2008, hanno provveduto ad approvare i regolamenti di funzionamento ed a nominare i Presidenti, i Vice Presidenti e gli Esecutivi.

I Comitati dei Sindaci si sono riuniti con un frequenza maggiore di quanto avvenuto negli anni antecedenti l'entrata in vigore della legge regionale n. 18 del 2007.

Nel periodo luglio 2008/ dicembre 2009, pur tenuto conto della sospensione dell'attività per le elezioni amministrative del 6-7 giugno 2009 che ha interessato 154 Amministrazioni Comunali, si sono tenute complessivamente n. **24** riunioni nelle quali i Sindaci hanno potuto trattare ed approfondire tematiche di carattere sanitario ed assistenziale riferite al proprio territorio di riferimento.

E' stata avviata, con il supporto di un apposito Ufficio di Staff alla Direzione Generale, l'attività di elaborazione dei Profili e Piani di Salute (PePS), quale strumento di conoscenza dello stato di salute delle popolazioni e di programmazione delle politiche sociali e sanitarie in ambito distrettuale.

Nel mese di aprile 2009 si è tenuto un convegno provinciale di presentazione ed illustrazione delle modalità di costruzione dei PePS. Una presentazione più approfondita è stata effettuata in ogni Comitato e/o Esecutivo dei Sindaci.

La Direzione Aziendale, pur in presenza di un obiettivo regionale che prevede la definizione di almeno un PePS entro il 2009, ha ritenuto di impegnarsi nel supporto tecnico ai Comitati dei Sindaci in tutti e 7 i Distretti dell'ASL.

L'elaborazione di una prima bozza di Profilo di Salute per ogni Distretto è prevista entro il mese di gennaio 2010. Si è altresì previsto di organizzare un convegno di presentazione dei Profili di Salute al quale seguirà un confronto con le realtà associative ed istituzionali rappresentative del territorio di ogni Distretto.

LA CONFERENZA DI PARTECIPAZIONE

In base alla DGR n.16-9683 del 30/09/2008 è stata istituita la Conferenza di Partecipazione, la cui composizione e i cui mandati sono stati definiti con Delibera del Direttore Generale n. 1955 del 12/11/2009.

Nel mese di Novembre 2009 la Conferenza ha iniziato i suoi lavori con tre riunioni.

ORGANIZZAZIONE INTERNA

L'area dei servizi di supporto

La scelta è stata quella di riarticolare l'organizzazione amministrativa dell'A.S.L. di Alessandria secondo i seguenti principi:

1. pochi contenitori strutturali che corrispondono a grandi aree di risultato (le strutture complesse) affidati a dirigenti che rispondono dei risultati in termini gestionali, selezionati su competenze e profili non professionali;
2. affidare, all'interno dei contenitori, il presidio delle questioni specialistiche ai dirigenti professionali che si incaricano di standardizzare i processi in termini di efficacia amministrativa e che collaborano con i dirigenti gestionali;
3. strutturare le attività all'interno delle aree per nuclei operativi che siano tendenzialmente – ma non necessariamente – plurifunzionali, rivitalizzando le professionalità del comparto e affidando loro maggiori responsabilità;
4. ridimensionare il numero delle “strutture semplici”, ipotizzando il loro ruolo solo per il governo decentrato di un insieme significativo di operatori impegnati su un orizzonte esteso di funzioni.

Le direttrici sono state:

a. **Semplificare**

Pochi ‘perimetri’ e ‘scatole organizzative’ per una maggiore leggibilità dell'organizzazione Aziendale all'interno e dall'esterno;

b. **Responsabilizzare**

Pochi manager a capo di processi non frammentati, per una più efficace responsabilizzazione sui risultati finali;

c. **Specializzare**

Investimento sui “professional”, portatori delle competenze specialistiche nei processi e tra i processi.

Tale opzione ha portato a ridurre significativamente le strutture complesse presenti passando dalle 24 esistenti a sole 8 centrali più una di coordinamento dell'attività amministrativa sui distretti ed una sugli ospedali.

Le strutture amministrative, vista l'elevata complessità e la forte articolazione territoriale dell'ASL provinciale, sono state organizzate in due Dipartimenti, Amministrativo e Tecnico logistico, con l'obiettivo di incrementare e qualificare l'efficacia delle singole strutture nelle varie articolazioni centrali e territoriali, assicurando omogeneità di azione e tempestivo assolvimento delle funzioni di supporto amministrativo.

In tal modo il Dipartimento amministrativo comprende le strutture complesse Programmazione e controllo di gestione, economico finanziario e patrimoniale, personale, programmazione strategica e affari generali mentre il Dipartimento tecnico logistico avrà al suo interno le strutture tecnico, logistica ed economato, provveditorato e sistemi informatici.

Le strutture complesse amministrative in campo sanitario sono state poste in staff rispettivamente al coordinatore dei Distretti e al coordinatore dei Presidi ospedalieri ed hanno la funzione di essere garanti dell'omogeneità delle procedure amministrative coordinando responsabili amministrativi collocati presso ogni presidio o distretto.

L'organizzazione della funzione amministrativa così delineata ha consentito, da un lato, di garantire un supporto alla Direzione Aziendale nel processo decisionale, soprattutto per le problematiche connesse al reperimento e al controllo dell'uso delle risorse e dall'altro di supportare in modo qualificato e omogeneo le attività di produzione dei servizi nella loro articolazione territoriale.

L'Azienda ha inteso sostituire il modello burocratico con un modello che prevede due percorsi di carriera dirigenziale paralleli:

- percorso manageriale tradizionale (incarichi di struttura) con attribuzione dei compiti di gestione complessiva della struttura affidata;
- percorso di carriera su base tecnico-professionale (incarichi di natura professionale), con responsabilizzazione tecnico/professionale sulle funzioni assegnate.

Tale sistema organizzativo ha determinato un percorso di graduazione e pesatura dei diversi incarichi individuati nell'organizzazione aziendale, ai quali sono stati attribuiti livelli retributivi che si rapportano al ruolo, funzioni e responsabilità.

Con deliberazione DG nr. 912 del 30.03.2009 sono stati nominati i direttori del Dipartimento Amministrativo e del Dipartimento tecnico logistico

Gli Uffici di staff sono stati rivisti suddividendoli in due aree, staff e funzioni delegate e sono intesi come supporto indispensabile per consentire alla Direzione di svolgere pienamente i propri compiti.

Il Piano di organizzazione realizza quindi uffici di staff agili e flessibili, che lavorano per progetti di coordinamento, innovazione e supporto alla Direzione.

PREVENZIONE

L'area della prevenzione è stata organizzata sulla base dell'ASL provinciale con un Dipartimento articolato in strutture trasversali orientate alle funzioni e in strutture destinate allo sviluppo territoriale, sia per le aree mediche che per le aree veterinarie.

Il Dipartimento di prevenzione si riorganizza quindi sulla base di strutture complesse con specifiche funzioni che superano la logica geografica delle vecchie AA.SS.LL., al fine di razionalizzare l'impiego delle risorse e recuperare efficienza.

- È stata prevista la definizione della Struttura Operativa Complessa di Epidemiologia, con compiti sovrazonali, in staff alla Direzione Generale.
- È stata prevista la Struttura Operativa Complessa Multizonale "Emergenze sanitarie e multizonale veterinaria", in staff alla Direzione Generale e la Struttura Operativa Semplice "Nucleo di vigilanza interarea veterinaria".

Dal 1° di ottobre 2009 è stato istituito un unico Dipartimento di Prevenzione a livello di ASL Provinciale.

Questo costituisce il primo passo per affrontare in modo organico la riorganizzazione delle varie Strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione.

Per quanto riguarda i Servizi Veterinari, essi funzionano ormai in modo integrato, avendo uniformato le procedure e ridistribuito i carichi di lavoro utilizzando al meglio le risorse umane a disposizione.

Il Presidio Multizonale di Profilassi e Polizia Veterinaria, Struttura afferente ai Servizi Veterinari, è stato incardinato a livello Dipartimentale.

Nell'ambito di tale Struttura Operativa Complessa è stata inserita una nuova Struttura Operativa Semplice Dipartimentale denominata "Rischio chimico".

In merito all'organizzazione dei Servizi di Area Medica è stato nominato un referente coordinatore per facilitare l'avvio del percorso di integrazione organizzativa con particolare riguardo all'uniformità delle procedure ed alla revisione dei carichi di lavoro.

La Medicina dello Sport è stata inserita con provvedimento formale nel Dipartimento di Prevenzione, con compiti allargati alla Promozione della Salute e all'assistenza ai giovani impegnati nelle attività ed alle Società Sportive.

Sia per l'Area Medica che Veterinaria sono previste le nomine dei Direttori di Struttura Operativa Complessa e l'istituzione di nuove Strutture Operative Semplici.

Si è iniziato un lavoro di riordino delle funzioni amministrative del Dipartimento di Prevenzione, con particolare riguardo agli obiettivi di recupero di efficienza ed uniformità delle procedure ed alla revisione degli incarichi assegnati al personale. Si è proceduto all'individuazione di un coordinatore amministrativo dipartimentale.

Uno dei primi temi affrontati è stato quello della relazione con enti esterni: in questo ambito si sono uniformate le modalità di comunicazione dei turni di reperibilità e del contingentamento inerente gli scioperi.

A fronte di carenze di personale tecnico di vigilanza, tali da compromettere l'attività istituzionale ordinaria, la Direzione Generale ha provveduto su richiesta del Dipartimento di Prevenzione ad attingere nella classifica del recente concorso cinque Tecnici Prevenzione Ambienti di Lavoro, di cui due assegnati ai Servizi Veterinari e tre al Servizio Prevenzione Salute Ambienti di Lavoro (SpreSAL).

Si prevede nel corso del 2010 il completamento del processo di integrazione delle tre ex AASSLL a livello del Dipartimento di Prevenzione.

- È stato dato avvio al "Centro Regionale per la ricerca e sorveglianza dei rischi da amianto" in staff alla Direzione Generale (deliberazione DG n. 2158 del 29/7/2008) affidando a tale struttura l'attività di gestione ordinaria e straordinaria di tutte le problematiche amianto-correlate.
E' stata approvata la programmazione delle attività dei prossimi 15 mesi (deliberazione n. 1876 del 21/10/2009). **(allegato G)**
- Si è costituito, con deliberazione DG n. 3636 del 23/12/2008, il coordinamento interaziendale di prevenzione secondaria dei tumori, tra l'ASL AL, l'ASL AT e l'Azienda Sanitaria Ospedaliera di Alessandria, individuando come coordinatore il Responsabile della SOC UVOS dell'ASL AL, col compito di definire le linee di riorganizzazione relative al percorso di integrazione per gli screening, CA della mammella, della cervice uterina e del colon retto.

TERRITORIO

Distretti

Gli ambiti distrettuali sono stati definiti dal Direttore Generale, d'intesa con la Conferenza dei Sindaci, sulla base dei criteri previsti dall'art. 19 L.R. 6 agosto 2007 n. 18 "Articolazione distrettuale dell'ASL e delle attività socio sanitarie".

La D.C.R. 22 ottobre 2007, n.136 - 39452 avente per oggetto "Individuazione delle aziende del sistema sanitario regionale" contiene i criteri specifici per il dimensionamento ottimale dell'ambito distrettuale delle aziende sanitarie locali e delle attività socio-sanitarie per le zone a scarsa densità abitativa e precisamente:

- a) densità abitativa inferiore a 150 abitanti per kmq oppure superiore ai 500 abitanti per kmq;
- b) elevata presenza di comuni con dimensioni demografiche molto ridotte (meno di 1000 abitanti);
- c) discontinuità territoriale con difficoltà di collegamento e di accesso ai servizi di assistenza primaria alla persona;
- d) coincidenza dell'ambito territoriale con una o più comunità montane;
- e) coincidenza dell'ambito territoriale con una precedente Unità socio-sanitaria locale (USSL).

Tale deliberazione stabilisce, anche su proposta di questa ASL e dei Sindaci, la possibilità di derogare al limite di 70.000 abitanti previsto dall'art. 19 L.R. 18/2007 solo in presenza del requisito di cui alla lettera e) del precedente punto oppure di almeno due dei requisiti di cui alle lettere a), b), c), d), purchè l'ambito territoriale del distretto comprenda comunque una popolazione minima di 20.000 abitanti.

In considerazione della specificità e delle peculiarità della Provincia di Alessandria, si è usufruito della possibilità di derogare dal limite di 70.000 abitanti prevedendo, in alcuni casi, Distretti con popolazione inferiore, ma sempre superiore ai 20.000 e si è proposta la costituzione di n. 7 Distretti e precisamente:

- **Acqui Terme;**
- **Alessandria;**
- **Casale Monferrato;**
- **Novi Ligure;**
- **Ovada;**
- **Tortona;**
- **Valenza;**

Il modello organizzativo proposto punta alla massima semplicità strutturale e chiarezza interpretativa, identificando il Distretto come un'organizzazione complessa dotata di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria.

Le Direzioni di Distretto assumono, a livello locale, responsabilità di governo complessivo dei processi di assistenza, contribuendo a identificare i principali bisogni dei cittadini e il sistema di offerta di servizi in grado di soddisfarli e, nel contempo, hanno il compito di coordinare l'attività dei diversi soggetti erogatori di prestazioni al fine di garantire percorsi di cura integrati ed efficaci.

Il governo delle complesse funzioni attribuite al Distretto è affidato dal Direttore Generale, su base fiduciaria, al Direttore di Distretto, figura dirigenziale che, nell'ambito di competenza, è responsabile della realizzazione degli indirizzi strategici della Direzione dell'Azienda nonché dell'utilizzo delle risorse attribuite e dell'attività svolta verso il perseguimento di precisi obiettivi programmatici.

Viene altresì introdotto un Coordinamento interdistrettuale per assicurare in modo uniforme lo sviluppo delle attività distrettuali su tutto il territorio dell'ASL.

Tra i provvedimenti principali si evidenziano:

- con deliberazione DG n. 1763/2008 è stata definita l'articolazione del territorio dell'ASL AL in 7 Distretti (Acqui Terme – Alessandria - Casale Monferrato - Novi Ligure - Ovada - Tortona - Valenza) coincidente con il territorio degli Enti Gestori dei Servizi Socio-Assistenziali.
- Il governo di tutte le funzioni attribuite al Distretto è stato affidato dal Direttore Generale, su base fiduciaria, al Direttore di Distretto, responsabile, nell'ambito di competenza, della realizzazione degli indirizzi strategici della Direzione Aziendale, dell'utilizzo delle risorse attribuite e dell'attività svolta (deliberazione DG n. 2554 del 5/9/2008).
- E' stato altresì definito, con deliberazione DG n. 3073 del 27/10/2008, un Coordinamento Interdistrettuale, al fine di assicurare in modo uniforme lo sviluppo delle attività distrettuali su tutto il territorio dell'ASL AL costituendo altresì la "Struttura amministrativa complessa" in staff allo stesso.
- Con la deliberazione DG n. 3155 del 6/11/2008 è stato approvato il Regolamento di organizzazione e funzionamento del Distretto, per consentire il pieno avvio delle attività e nel contempo garantire un omogeneo sviluppo su tutto il territorio dell'ASL provinciale per realizzare l'effettiva presa in carico del cittadino con un nuovo rapporto tra ospedali, territori e dipartimenti in una visione sistemica dell'offerta di servizi.

- La nomina dei Direttori di Distretto, l'istituzione della SOS PEPS, il relativo referente e l'avvio dell'attività del Comitato dei Sindaci, in un quadro di reciproca collaborazione istituzionale, consente di operare per la definizione dei PEPS, partendo dall'analisi dei bisogni di salute della popolazione del Distretto.
- Con deliberazioni n. 650-651 del 5.3.2009 sono state rispettivamente istituite la nuova UVG- Unità di Valutazione Geriatrica aziendale e la nuova commissione di vigilanza sui presidi socio assistenziali, socio educativi e socio sanitari, entrambe articolate su base distrettuale.
- Il Direttore del Distretto e il Direttore dei Consorzi socio assistenziali o il Direttore del Servizio socio assistenziale per il Distretto di Casale operano in stretto contatto, per sviluppare l'integrazione socio sanitaria, dando vita ad un apposito gruppo di lavoro, il cui compito principale è stato rappresentato dal rendere omogenei in tutti i distretti gli interventi integrati socio-sanitari, superando la frammentazione legata al fatto che le precedenti tre ASL avevano stabilito rapporti con i singoli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, determinando nel tempo una differenziazione, anche rilevante nei modelli e nei livelli di soddisfacimento dei bisogni.
Tale gruppo ha definito, nel corso del 2008:
 - modelli operativi e modulistica comuni relativi alle azioni dell'UVG, alla gestione delle liste d'attesa per gli anziani non autosufficienti, ai criteri per distribuire nei vari ambiti distrettuali i posti letto in RAF-RSA finanziati dalla Regione nell'ottica dell'avvicinamento all'indice posti letto/popolazione over 65, obiettivo di Piano per il 2010
 - griglie di valutazione per le strutture residenziali e semiresidenziali per handicap, strumento base per definire la valutazione economica delle tariffe, e modelli operativi e modulistica comuni relativi al funzionamento dell'UVH- Unità di Valutazione Handicap
 - il protocollo operativo relativo al rapporto tra Dipartimenti di Salute Mentale e Servizi Sociali che sarà applicato in tutti i territori dell'ASL
 - Il progetto applicativo della DGR 39-11190 del 6/04/2009, relativa al sostegno economico alle famiglie per il mantenimento a domicilio degli anziani non autosufficienti
 - La bozza di convenzione tra ASL ed Ente gestore, che regola sia i rapporti operativi, sia i rapporti economici che nel 2010 sarà unica e comune per tutti gli ambiti distrettuali
- Per quanto attiene alla continuità assistenziale, la struttura ospedaliera fa riferimento alla centrale operativa del Distretto competente che prende in carico il paziente, individua la struttura disponibile e predispone con il consorzio/ente gestore il progetto individuale per il paziente. Le azioni intraprese si possono così sintetizzare:

- si è individuata la funzione di coordinamento tra la rete degli ospedali e la rete dei Distretti;
 - si è definita una strategia comune in tutti i Distretti, relativa alla continuità assistenziale/dimissioni protette.
- In modo analogo, si è operato per le dimissioni protette che riguardano pazienti per i quali sia necessario un proseguimento specifico del percorso di cura dopo il ricovero in ospedale, con caratteristiche ancora o prevalentemente di tipo sanitario, e anche in questo caso la struttura ospedaliera fa riferimento alla centrale operativa del Distretto, mettendo in rete, tramite il Dipartimento di RRF, tutte le Strutture di riabilitazione presenti.
 - Uno specifico obiettivo è stato affidato ai Direttori di Distretto per la realizzazione di un percorso omogeneo che consenta una implementazione dell'attività nel settore delle cure domiciliari.
 - Con delibera n. 920 del 2/04/2009, sono state definite modalità di distribuzione e modulistica simile in tutti i distretti per ciò che riguarda la protesica, con una sostanziale semplificazione burocratica e con una omogeneizzazione importante tra le varie realtà territoriali.
 - Si è sviluppata la Rete aziendale delle Cure palliative, incrementando l'attività su tutti i Distretti dell'ASL AL, consolidando la realtà dell'Hospice di Alessandria e portando a compimento l'Hospice di Casale Monferrato che ha avviato la propria attività all'inizio dell'anno 2009.
 - Ha preso avvio l'attività della SOC Servizio aziendale tutela della salute in carcere, inserita nell'ambito del Distretto di Alessandria, in ottemperanza alla DGR 14-9681 del 30/9/2008.
 - Per quanto riguarda l'attività consultoriale, si è individuato (deliberazioni DG n. 2577 del 12/9/2007 e n. 509 del 20/2/2009) uno specifico Gruppo di lavoro con il compito di:
 - omogeneizzazione e riorganizzazione procedure tra le varie Sedi,
 - verifica dell'attuazione dei progetti regionali,
 - applicazione e verifica delle linee guida regionali,
 - monitoraggio risorse umane presenti e necessarie.

Il gruppo di lavoro ha condotto la mappatura delle risorse multi professionali presenti in ciascuna struttura consultoriale definendo la realtà attuale, un profilo delle risorse ottimali necessarie in relazione alla popolazione del distretto e una ipotesi di redistribuzione e incremento graduale delle risorse.

Inoltre sono stati approntati protocolli, da rendere operativi in tutte le realtà territoriali, per indirizzare l'attività in senso realmente consultoriale, superando il modello ambulatoriale specialistico presente in alcune realtà.

L'obiettivo che è stato definito è quello di costruire una rete provinciale dei consultori, che si affianchi alle attività ospedaliere del Dipartimento Materno Infantile,.

La costruzione del percorso nascita, secondo le indicazioni regionali, ha inoltre portato alla stesura di un protocollo d'intesa tra il sistema dei consultori e l'ASO per ciò che riguarda il percorso nascita nel distretto di Alessandria.

- Con deliberazione DG n. 2069 del 14/7/2008 è stato individuato un Comitato interdipartimentale di Salute mentale col compito di riorganizzare l'attività, sulla base delle due articolazioni territoriali previste, oltre che nella gestione degli aspetti residenziali e semiresidenziali.
- Con deliberazione del Direttore Generale n 1731 del 24/09/2009 è stato istituito, con gli stessi compiti, il Dipartimento Provinciale di Salute Mentale, che ricomprende anche il Servizio Prevenzione Diagnosi e Cura dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera.
- Con deliberazione DG n. 2069 del 14/7/2008 è stato costituito il Dipartimento delle dipendenze dell'ASL AL, che organizza i Sert - Servizi Tossicodipendenze delle 3 ex ASL accorpate, con l'obiettivo specifico di sviluppare l'integrazione delle attività nella gestione delle risorse, operando per recepire le disposizioni previste dalla DGR n. 48-9094 del 1/7/2008.

OSPEDALI

L'assetto organizzativo della rete ospedaliera dell'ASL AL viene delineato tenendo conto della presenza sul territorio di n.6 Presidi ospedalieri per garantire alla popolazione la maggior uniformità possibile in termini di accessibilità e qualità dei servizi erogati, utilizzando al meglio le risorse disponibili, introducendo l'operatività del coordinamento ospedaliero finalizzata altresì a programmare ed attuare modalità di integrazione con le attività dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria.

La scelta del modello organizzativo a rete permette di valorizzare i singoli presidi ospedalieri come luogo di produzione al servizio delle comunità locali e dell'intero territorio provinciale, realizzando un'equa distribuzione delle risorse alla luce delle sinergie funzionali e operative introdotte fra i diversi ospedali.

Viene altresì definito il ruolo del Coordinatore della rete ospedaliera, quale garante dell'omogeneità dell'organizzazione, quale punto di coordinamento delle attività centralizzate o di quelle poste in staff (rischio clinico, rischio infettivo, ecc.).

Il Coordinatore della rete negozia con la Direzione Generale le risorse umane (ad alta specializzazione) e strumentali da assegnare ai singoli presidi, sulla base dei bisogni evidenziati dai direttori di presidio e facilita, inoltre, il raccordo fra la rete ospedaliera e le altre macrostrutture aziendali, i Distretti e il Dipartimento di Prevenzione, per far sì che l'Azienda sia sempre più un sistema integrato sia sul piano manageriale sia su quello professionale.

Il Coordinatore della rete modula la produzione dei singoli presidi in base ai bisogni di salute espressi negli ambiti distrettuali, negoziandoli con i Direttori di Presidio.

I Dipartimenti ospedalieri, in coerenza con la realizzazione concreta della rete degli ospedali, si configurano come dipartimenti trasversali sui 6 ospedali, per soddisfare due elementi organizzativi di base, la qualità clinico assistenziale e l'efficienza gestionale.

I Dipartimenti hanno responsabilità sulle risorse professionali ad alta specializzazione, garantiscono omogeneità dei processi assistenziali, si rapportano al Coordinatore della rete, forniscono supporto alla Direzione Generale all'interno del Collegio di direzione per la definizione delle linee strategiche aziendali.

Al Direttore del Presidio ospedaliero compete la responsabilità di garantire le condizioni organizzative e tecnico sanitarie necessarie al raggiungimento degli obiettivi delle singole unità operative e dei Dipartimenti, sviluppando la continuità delle cure all'interno dell'ospedale in raccordo con i servizi territoriali.

Sul piano delle responsabilità organizzative il Direttore del presidio risponde della gestione complessiva dell'ospedale, mentre i Direttori di dipartimento rispondono dei risultati del proprio ambito di attività.

Il modello organizzativo messo a punto si regge fra coordinamento ospedaliero, coordinamento infermieristico, direzioni di presidio, dipartimenti, ciascuno con compiti di responsabilità differenti, ma strettamente correlati all'efficacia dell'intero sistema.

In staff al Coordinatore della rete dei presidi, al fine di garantire un'azione omogenea e coordinata a livello aziendale nell'organizzazione di tutti i presidi ospedalieri, viene posta una struttura amministrativa complessa denominata Servizio amministrativo PP.OO.

Tale struttura garantisce l'omogeneità dei processi amministrativi in capo alle funzioni amministrative di supporto poste in staff ai Direttori di presidio.

Tra i provvedimenti principali si evidenziano:

- È stato introdotto, con deliberazione DG n. 3070 del 27/10/2008, il ruolo del Coordinatore della Rete Ospedaliera, garante dell'omogeneità dell'organizzazione, interlocutore della Direzione Generale per quanto riguarda le risorse umane e strumentali da assegnare ai singoli presidi e strumento di raccordo fra rete ospedaliera e altre Macrostrutture aziendali affinché l'Azienda diventi sistema integrato, sia sul piano manageriale che su quello professionale.
- Tale funzione è stata svolta tenendo conto della realtà preesistente e della necessità di riposizionare una serie di servizi ospedalieri, da un lato qualificandoli, dall'altro favorendone l'accessibilità su tutta la rete dei Presidi. Tra le azioni maggiormente significative e già oggi in grado di fornire utili riscontri all'utenza si possono elencare:
 - o la messa in rete delle pediatrie, ostetricie e ginecologie su scala provinciale, con lo scambio di professionisti tra i singoli Presidi a favore del miglioramento della qualità globale del servizio e della capacità di attrazione dell'utenza;
 - o la creazione delle reti provinciale delle allergologie, pneumologie, gastroenterologie-endoscopie, con l'obiettivo di differenziare migliorando i servizi offerti in ogni "nodo" della Rete, anche qui con scambio di professionisti e tecnologie;
 - o La differenziazione funzionale nell'ambito del Dipartimento dei laboratori, che oggi è in grado di offrire all'utenza livelli massimi di profili qualitativi grazie alla differenziazione funzionale alla specializzazione dei singoli centri, all'impiego ottimale delle tecnologie;
 - o La creazione di sinergie tra funzioni chirurgiche specialistiche quali ORL, urologia, oculistica, con disponibilità dei singoli professionisti a migrare tra i centri al fine di potenziare e diffondere le attività di base contestualmente alla differenziazione funzionale dei singoli centri.

Tutto ciò, fermo restando la disponibilità, ormai diffusa tra i professionisti, di rendersi disponibili a svolgere la propria funzione su più Presidi, certamente con vantaggio per l'utenza che può trovare così anche "sotto casa" servizi qualificati, altrimenti diffusi ed a volte distanti pur nell'ambito della Rete, e comunque a favorire il processo di integrazione tra gli ospedali provinciali, uno degli obiettivi fondanti dell'ASL AL.

- Al Coordinatore della rete dei Presidi Ospedalieri sono poste in staff le strutture Rischio clinico e Rischio infettivo, istituite con l'obiettivo di migliorare, su tutto l'ambito della rete i livelli di sicurezza e qualità delle prestazioni erogate. Entrambe le strutture sono già ampiamente operative ed hanno sviluppato programmi di sviluppo dei singoli settori in linea sia con le disposizioni aziendali che coerentemente con gli obiettivi specifici regionali. Sia la SOC Rischio Infettivo, che Rischio Clinico, operano costantemente in collaborazione con le Direzioni dei singoli Presidi e Dipartimenti.
- Ogni Presidio ospedaliero è diretto da un dirigente medico (deliberazione n. 3070 del 27/10/2008) al quale compete la responsabilità di garantire le condizioni organizzative e tecnico sanitarie necessarie al raggiungimento degli obiettivi delle singole Strutture e dei Dipartimenti, sviluppando la continuità delle cure all'interno dell'ospedale in raccordo con i servizi territoriali.
- In staff al Coordinatore della rete dei presidi, al fine di garantire un'azione omogenea e coordinata a livello aziendale nell'organizzazione di tutti i presidi ospedalieri, è stata posta una struttura amministrativa complessa denominata Servizio amministrativo Presidi Ospedalieri., individuata con specifico atto deliberativo, col compito di dirigere e uniformare l'attività amministrativa nella rete dei Presidi, ai quali sono stati contestualmente assegnati dei dirigenti ospedalieri, con il compito di gestire le risorse localmente ed interpretare e mettere in atto le disposizioni amministrative aziendali.
- Con deliberazione DG n. 2069 del 14/7/2008, sono stati individuati i Responsabili dei 9 Dipartimenti ospedalieri, previsti dal Piano di organizzazione dell'ASL AL, configurati come dipartimenti trasversali sui 6 ospedali, con l'obiettivo di soddisfare due elementi organizzativi di base: la qualità clinico assistenziale e l'efficienza gestionale. Rispetto a questo si stanno registrando numerosi e significativi passi avanti nell'integrazione nell'ambito della Rete dei Presidi e comunque l'adozione di approcci comuni rispetto all'acquisizione delle risorse (piano attrezzature) richieste di personale, valutazione delle posizioni dirigenziali, il tutto basato su criteri ispirati all'omogeneità ed alle scelte strategiche aziendali.
- Con deliberazione DG n. 3072 del 27/10/2008 è stata data attuazione alla strutturazione organizzativa della Struttura Operativa Complessa SITRO- Servizio Infermieristico, Tecnico, della Riabilitazione, della Prevenzione e della Professione Ostetrica, con l'obiettivo di verificare i fabbisogni di personale del comparto e il loro adeguamento rispetto agli obiettivi aziendali sono i cardini dell'azione di riordino dell'azienda ASL AL. A tal proposito è ormai ordinario l'impiego di strumenti gestionali - operativi comuni in tutte le strutture dell'Azienda, come pure sono in fase di

completamento avanzato l'adozione delle fasce orarie lavorative unificate. Oltre agli aspetti "amministrativi" connessi con la gestione delle risorse, sono ormai ampiamente diffusi protocolli assistenziali comuni in tutti i Presidi, come pure l'impiego di una scheda unica di terapia. Con determina del Direttore dell'Area Personale n. 570 del 23/10/2009 è stata nominata la Dirigente della Struttura.

- Con deliberazione DG n. 1372 del 25.06.2009 è stato dato avvio al Dipartimento Materno Infantile unico provinciale aggiungendo un importante tassello nel riordino del settore.
- Sono state sviluppate attività in integrazione con l'ASO di Alessandria per realizzare un'effettiva organizzazione a rete dell'area ospedali coi Dipartimenti interaziendali di Oncologia e di Otoneurochirurgia e basicranio. Sono state, altresì, sviluppate iniziative comuni per giungere a una reale integrazione nel campo delle patologie croniche e soprattutto nell'area materno infantile.
- E' stata stipulata, nel corso del 2008, una convenzione con le Terme di Acqui S.p.A. in base alla quale la Struttura Operativa Complessa di Recupero Rieducazione Funzionale dell'ASL AL si serve delle strutture delle Terme (palestra,box riabilitativi,piscina) per effettuare trattamenti riabilitativi delle diverse patologie e/o disabilità conseguenti, ad esempio, a distrofie,disturbi dell'apparato locomotore;patologie ortopediche conseguenti a traumi o interventi chirurgici e che richiedono una mobilitazione in scarico o una facilitazione;patologie dolorose del rachide o degli arti;lesioni del sistema nervoso centrale o periferico, postumi cranio-encefalici e lielolesioni.
- E' stato attivato, a decorrere dal 2008, il Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, con sede di tirocinio prioritariamente presso l'Ospedale di Tortona nonché presso tutti gli Ospedali della rete ASL AL.
Partner dell'iniziativa, oltre all'Azienda Sanitaria Locale, sono:
 - l'Università degli Studi del Piemonte Orientale "A:Avogadro";
 - la Fondazione Cassa di Risparmio di Tortona, che ha sostenuto finanziariamente i corsi;
 - il Comune di Tortona.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il Coordinamento Ospedale-Territorio, struttura funzionale ha contribuito a favorire l'integrazione fra questi due settori che storicamente hanno sempre avuto difficoltà ad interagire e a migliorare la compliance fra le strutture sanitarie, quelle socio-assistenziali e i cittadini residenti nel territorio.

Questo è sicuramente il segnale di un cambiamento di tendenza che va nell'interesse dei cittadini e nell'utilizzo più corretto delle strutture e che ormai è consolidato nell'ambito dell'ASL AL anche se lo sviluppo è ancora un po' diverso da zona a zona e non perfettamente omogeneo.

L'appropriatezza del ricovero ospedaliero discende anche e soprattutto dal prevenire ricoveri incongrui, specialmente di natura sociale e per i quali è più opportuna altra collocazione per i soggetti interessati.

Ciò avviene, di regola, a partire dal DEA-PS ove il personale medico e infermieristico segnala alla Direzione Medica (nella persona dei Medici e dell'Assistente Sociale) i soggetti che necessitano, da subito, di una "sistemazione diversa" dal ricovero ospedaliero.

Per altri soggetti, invece, la Continuità Assistenziale viene attivata al termine della fase acuta del ricovero di pazienti che, se non trasferiti in strutture dedicate e a bassa intensità (le RSA convenzionate con la nostra ASL), creerebbero problematiche importanti alla struttura ospedaliera e a se stessi.

Da un lato, infatti, la necessità odierna maggiormente sentita è quella di rendere disponibili sempre più posti-letto per pazienti acuti, in relazione al sempre più elevato turn-over e ad una degenza media sempre più contenuta.

Dall'altro, una permanenza prolungata oltre il necessario può determinare ad ogni paziente un rischio maggiore di contrarre infezioni ospedaliere e comunque non trova giustificazione alcuna (inclusa la variabile-costi) un prolungamento di ricovero immotivato dal punto sanitario.

Dalla lettura degli stessi emerge un trend in crescita significativa del numero dei pazienti inseriti in Continuità Assistenziale come da tabella allegata.

Particolare rilevanza ha l'attività di continuità assistenziale in ambito Oncologico infatti, dopo la fase diagnostica e quella terapeutica in ambito ospedaliero e dopo i cicli di terapia effettuata sempre in nosocomio, i pazienti necessitano di assistenza di supporto, quale la Terapia del Dolore, o la terapia di supporto generale, che viene iniziata in ambito ospedaliero e continua al domicilio. Inoltre le strutture che si occupano, in diversi ambiti territoriali della nostra ASL, di Cure Palliative intervengono d'abitudine al domicilio dei pazienti, alcuni dei quali, giunti alla fase terminale della malattia, possono essere trasferiti negli Hospice (di Casale e di Alessandria) che sono strutture territoriali ma perfettamente integrate nel sistema ospedaliero aziendale.

Ovviamente un ruolo importante in questo "circuito assistenziale integrato" viene svolto dal personale medico e del comparto (Infermieri e OSS) che operano nell'ambito dell'ADI che, lo si ricorda, non si occupa solo di pazienti oncologici.

Infine si stanno sviluppando numerose altre Attività Integrate, che avranno una formalizzazione da parte di questa Direzione in un prossimo futuro, e che attengono patologie invalidanti che portano i pazienti (ad esempio affetti da sindrome di Alzheimer) a utilizzare sia le strutture ospedaliere che quelle territoriali in un alternarsi di ricoveri ordinari, di day-hospital, di assistenza domiciliare e di ricoveri in centri assistenziali dedicati, situati in strutture specializzate (RSA).

Tutto ciò avviene in un contesto di costante invecchiamento della popolazione, di solitudine familiare, di cronicità di lunga durata, peraltro impensabile un tempo, e anche di ristrettezze economiche, fattori che incidono tutti sulla richiesta di servizi sanitari e sociali che, per ragioni ovvie, non possono né debbono essere frammentati e devono invece avere unitarietà e continuità.

Continuità Assistenziale

	anno 2008	anno 2009
Pazienti inseriti	687	1.168

Progetto “specifico” continuità assistenziale riabilitativa co Residenza “ Lisino” di Tortona

	anno 2008	anno 2009
Contratti	134	161

Al fine di una più compiuta informazione, la presente relazione viene corredata dai seguenti allegati:

All. A – Piano degli investimenti ;

All. B - Gestione finanziaria 2009 – Confronto 2005/2009 - Relazione;

All. C – Produzione ricoveri – Produzione ambulatoriale- Produzione Day Surgery – Appropriatelyzza ricoveri – Tasso ospedalizzazione; Case Cura e Ambulatori Privati;

All. D – Spesa farmaceutica 2008;

All. D1 – Spesa farmaceutica I semestre 2009

All. E – Progetti innovativi;

All. F – Medici Medicina Generale – Pediatri Libera Scelta ;

**All. G- Centro Regionale Ricerca,Sorveglianza e Prevenzione dei rischi da amianto”
Programmazione attività per i prossimi 15 mesi;**

All. H- Le politiche per gli Anziani;

**IL DIRETTORE GENERALE
Avv. Gian Paolo Zanetta**

ALLEGATO A – PIANO INVESTIMENTI

RIEPILOGO INTERVENTI REALIZZATI O IN CORSO STRUTTURE A.S.L. AL - PERIODO 2006 / 2009

ACQUI TERME

1) Ristrutturazione ed adeguamento normativo del P.O. 2° lotto (3° - 4° e 6° piano)

Lavori **CONCLUSI 2006 - Strutture attive** - Impresa appaltatrice Notarimpresa S.p.a. di Novara

2) Ampliamento ospedale. Realizzazione di nuovo blocco operatorio (n°4 sale operatorie) al primo piano e DEA , terapia intensiva e riabilitazione al piano terra

Lavori **CONCLUSI 2006 - Strutture attive** - Impresa appaltatrice : C.E.R. di Bologna

3) Ristrutturazione dell'impianto trattamento aria del P.O. di Acqui Terme

Lavori **CONCLUSI 2008 - Impianto attivo**

Opere meccaniche ed elettriche - Inizio lavori 2007

Opere edili - Inizio lavori gennaio 2008

4) Ristrutturazione ed adeguamento normativo dei locali del primo piano dell'ospedale, da destinare ad ambulatori per attività intramena e nuovo centro trasfusionale

1 Intramena - Inizio lavori : 09.07.2007 - Lavori **CONCLUSI 2009 - Struttura disponibile**

2 Centro trasfusionale - Lavori **IN CORSO**

5) Completamento opere edili (spogliatoi personale piano interrato) e sistemazione aree esterne

Inizio lavori 14.12.2007 - Lavori **CONCLUSI 2009 - Struttura disponibile**

Altri lavori Acqui : Manutenzioni straordinarie generiche che nel complesso hanno apportato migliorie alle strutture. (Conto capitale fondi propri dell'ente).

Anno 2006 -

Descrizione sommaria : Opere elettrica completamento BO - Nuova linea gas medicali - Opere edili impianti elevatori -

Anno 2007 - Descrizione sommaria : Impianto DESIGO per SO - Gruppo frigo Villa Mater uffici - Pensiline PO (dialisi, Vani tecnici) - Opere elettriche ed edili CUP e laboratorio -

Anno 2008 - Descrizione sommaria : Fornitura n°2 gruppi frigo PO - Riparazione compressore centrale frigorifera PO - Riparazione gruppo elettrogeno PO - Sostituzione accumulatori gruppo continuità dialisi -

Anno 2009 - Descrizione sommaria : Rifacimento muro recinzione distretto - Manutenzione straordinaria ascensori RSA - Modifica sistema controllo imp. condizionamento BO - Sostituzione

batterie post riscaldamento BO - Fornitura n°2 gruppi frigo PO - Manutenzione straordinaria gruppo elettrogeno PO - Vetrificazione vasca acqua potabile - Fornitura condizionatore fisso in cardiologia

NOVI LIGURE

1) Costruzione nuovo blocco operatorio, terapia intensiva e centrale di sterilizzazione in ampliamento all'ospedale e sopraelevazione di edificio esistente da destinare a dipartimento materno infantile (blocco parto e degenze pediatria)

- Blocco operatorio (n°6 sale) al piano 1° e terapia intensiva e centrale di sterilizzazione al piano terra - **Lavori ultimati 2004 - Strutture attiva**
- Dipartimento materno infantile (blocco parto e deg. pediatria) - **Lavori ultimati 2005 - Strutture attive**

2) Ristrutturazione locali piano terzo dell'ospedale da destinare a degenze ginecologia ed ostetricia del dipartimento materno infantile

Lavori ultimati 2005 - Strutture attive

3) Fornitura chiavi in mano di sistemi radiologici in noleggio quinquennale presso l'ospedale. Completamento e ristrutturazione locali esistenti piano terra monoblocco, per radiologia e risonanza magnetica

Lavori ultimati 2006 - Struttura attiva

4) Costruzione Residenza Sanitaria Assistenziale da 20 posti letto per anziani parzialmente non autosufficienti e di un centro diurno per 20 utenti in strada Bricchetta

Lavori ultimati 2006 - Struttura attiva

5) Ristrutturazione locali ex ginecologia p. primo corpo centrale, per definitiva sistemazione psichiatria

Lavori ultimati 2007 - Struttura attiva

6) Ristrutturazione locali ex radiologia da destinare a RRF piano terra ospedale

Lavori ultimati 2007 - Struttura attiva

7) Ristrutturazione ed adeguamento normativo del piano sesto dell'ospedale da destinare a degenze (n°10 posti letto) per attività intramania

Inizio lavori : 09.07.2007 - Lavori CONCLUSI 2008 - Struttura attiva da settembre 2008

8) Ristrutturazione ed adeguamento normativo del piano sesto dell'ospedale da destinare ad ambulatori per attività intramania

Inizio lavori anno 2008 - Lavori CONCLUSI 2009- Struttura disponibile

9) Ristrutturazione locali al piano primo dell'ospedale, ex sale operatorie ginecologia ed ortopedia, per realizzazione nuovo centro endoscopico e ambulatori chirurgia

Inizio lavori 2008 - Lavori in fase conclusiva

10) Ristrutturazione locali al piano secondo dell'ospedale, ex RRF, da destinare ad ampliamento servizio anatomia patologica e realizzazione ambulatori emodialisi

Inizio lavori 2008 - Lavori IN CORSO

Altri lavori Novi : Manutenzioni straordinarie generiche che nel complesso hanno apportato migliorie alle strutture. (Conto capitale fondi propri dell'ente).

Anno 2006 -

Descrizione sommaria : Completamento opere edili e ausili disabili per RSA Oneto - Condizionatori fissi - Segnaletica -

Anno 2007 -

Descrizione sommaria : Tettoia distretto Arquata Scrivia - Sostituzione batterie -

Anno 2008 -

Descrizione sommaria : Fornitura n°2 gruppi continuità rianimazione - condizionatori fissi nuova psichiatria - Sostituzione batteria gruppo continuità laboratorio analisi -

Anno 2009 -

Descrizione sommaria : Sostituzione persiane su via Raggio -

OVADA

1) Ristrutturazione locali da destinare a camere di osservazione piano rialzato ospedale

Lavori ultimati 2007 - Struttura attiva

2) Ristrutturazione locali piano secondo da destinare a Day Surgery e camere degenza chirurgia

Lavori ultimati 2007 - Struttura attiva

3) Ristrutturazione ed adeguamento locali piano terra radiologia

Lavori ultimati 2007 - Struttura attiva

4) Ristrutturazione ed adeguamento parte locali piano secondo da destinare a centro trasfusionale e degenza RRF Recupero e Riabilitazione Funzionale (n°15 posti letto)

Lavori CONCLUSI 2008 - Strutture utilizzate :

Centro trasfusionale attivo

5) Ristrutturazione ed adeguamento normativo, parte locali piano rialzato dell'ospedale destinati a : Centro prelievi : (n°3 box e laboratorio d'urgenza), sala d'attesa, servizi ed accettazione Radiologia: mammografia con annesso spogliatoio, ecografia con annesso servizio ed accettazione

Lavori CONCLUSI 2008 - Strutture attive da febbraio 2008

6) Ristrutturazione ed adeguamento normativo di parte locali al piano primo, degenze medicina lato ovest (destra scala)

Lavori CONCLUSI 2008 - Struttura attiva da settembre 2008

7) Ristrutturazione ed adeguamento normativo di parte locali al piano primo, degenze medicina lato est (sinistra scala)

Lavori CONCLUSI 2009 - Struttura attiva da maggio 2009

8) Ristrutturazione ed adeguamento normativo, parte locali al piano rialzato dell'ospedale destinati a palestre e terapia fisica RRF

Lavori CONCLUSI 2009 - Locali disponibili - Trasferimento attività imminente

Altri lavori Ovada : Manutenzioni straordinarie generiche che nel complesso hanno apportato migliorie alle strutture. (Conto capitale fondi propri dell'ente).
Descrizione sommaria : Cabina elettrica adeguamento ENEL DK - Travi testaleto PS - Gas medicali reparti vari - Serramenti - Riparazione gruppo frigo condizionamento PO - Condizionatore fisso laboratorio analisi - Porte tagliafuoco

ALESSANDRIA

1. Restauro, risanamento conservativo e adeguamento agli standards residenziali del complesso ex ECA di Alessandria da destinarsi a Hospice.

Inizio lavori : 27.01.2005 - Lavori conclusi anno 2006

2. Ampliamento - Ristrutturazione - Restauro - Manutenzione straordinaria del presidio "Luigi Patria" da destinarsi a sede dipartimentale e distrettuale di Alessandria..

Inizio lavori : 10.02.2004 - **Lavori IN CORSO** (in fase di 1° perizia)

Altri lavori : Manutenzioni ordinarie e straordinarie generiche che nel complesso hanno apportato migliorie alle strutture. (Conto capitale fondi propri dell'ente).

EDILE

Anno 2006 / 2007 – Descrizione sommaria: realizzazione scala in ferro Alessandria, completamento Casa della Salute Castellazzo, completamento distretto sanitario Spinetta Marengo, tinteggiature varie, piccola manutenzione e sgombero neve.

Anno 2008 - Descrizione sommaria : Ripassatura porzione di tetto Hospice, Realizzazione opere di completamento alla realizzazione della nuova mensa, Ristrutturazione uffici per nuova sede servizio di Prevenzione e Protezione, tinteggiature varie e piccola manutenzione

Anno 2009 - Descrizione sommaria : Riparazione tetto ammalorato museo "Lombroso", Riparazione soffittatura presso il centro Down, Tinteggiatura e ripristino uffici per nuova sede Serv. Veterinario di Tortona, Ripristino tratto fognario Hospice, Demolizione e rifacimento pilastri presso casa di riposo di Pontecurone. Demolizione e rifacimento controsoffittatura pericolante presso S.e.r.t. ed Ufficio Tecnico, Realizzazione e messa in sicurezza dell'area circostante alla Cascina Spandonara.

IMPIANTI ELETTRICI

Anno 2008/2009 - descrizione sommaria: manutenzione straordinaria impianto rilevazione fumi e illuminazione di sicurezza, rifacimento impianto rilevazione fumi RSA Castelnuovo Scrvia, rifacimento line Poliambulatorio via Sada, sostituzione centrale antincendio poliambulatorio Patria, manutenzione straordinaria porte tagliafuoco e uscite di sicurezza, manutenzione straordinaria impianto locali servizio veterinario via Galileo Galilei

I

CASALE MONFERRATO

ANNO 2006

- 1) **Messa a norma e adeguamento impianti elettrici, condizionamento e riscaldamento padiglione ALA EST - P.O. S.Spirito**
Inizio lavori: 20.12.2005 in corso / sospensione per rescissione contrattuale (ultimati i lavori nei Reparti Neurologia e Diabetologia - strutture in funzione).
- 2) **Ristrutturazione e messa in sicurezza - Impianti elettrici P.O. S.Spirito; opere edili di consolidamento e impianti elettrici autorimessa (Ex Sanber) , compreso rimozione copertura in amianto.**
Inizio lavori: 26.4.2006 lavori conclusi: 13.2.2009 Struttura in funzione.
- 3) **MONCALVO (AT) - Realizzazione distretto sanitario e poliambulatorio.**
Completato 2007
La struttura è in funzione
- 4) **Realizzazione struttura Libera Professione**
Completata 2007
- 5) **Ristrutturazione Poliambulatorio di Via Palestro**
Completato 2006
- 6) **Lavori di adeguamento alle norme antincendio**
Completato 2007
- 7) **Ristrutturazione DEA**
Completato 2007

8) Nuovo Centro Residenziale Cure Palliative - Hospice I Lotto presso P.O. S. Spirito di Casale

Inizio lavori 2006 Struttura in funzione.

ANNO 2007

1) Ricollocazione SOC Immunoematologia Servizio Trasfusionale P.O. S.Spirito

Inizio lavori 4.4.2007- Lavori conclusi 5.2008 - Struttura in funzione.

2) Fornitura e posa in opera di capannone prefabbricato per nuova Centrale Frigorifera e locale giardiniere P.O. S.Spirito.

Inizio lavori 24.8.2007 . Lavori conclusi: 3.4.2008. Struttura parzialmente in funzione.

3) Manutenzione straordinaria Padiglioni Ala Est P.O. S.Spirito - serramenti interni, tinteggiature.

Inizio lavori: 5.7.2007 in corso.
(ultimati lavori Reparti neurologia e Diabetologia- strutture in funzione).

4) Lavori strutturali e di finitura Padiglioni Ala Est P.O. S.Spirito -

Inizio lavori 5.7.2007
(ultimati lavori Reparti neurologia e Diabetologia- strutture in funzione).

ANNO 2008

1) Nuovo Centro Residenziale Cure Palliative - Hospice II Lotto presso P.O. S. Spirito di Casale

Inizio lavori 29.7.2008 Lavori conclusi 20.12.2008 . Struttura in funzione.

2) Ampliamento e adeguamento Soc Medicina Generale P.O. S.Spirito

Inizio lavori: 11.2.2008; in corso

3) Ristrutturazione Soc Ortopedia Traumatologia P.O. S.Spirito

Inizio lavori: 3.01.2008 Lavori conclusi: 9.1.2009. Struttura in funzione.

4) Costruzione Sala Riunioni P.O.S.Spirito

Inizio lavori 9.9.2008 . Lavori conclusi : 19.12.2008. Struttura in funzione.

5) Ristrutturazione e messa a norma impianto elettrico e di condizionamento Radiologia P.O. S.Spirito.

Inizio lavori: 05.2008. Lavori ultimati : 08.2008

Struttura in funzione.

6) **Ristrutturazione Uffici Direzione Generale ASL AL presso P.O. S.Spirito.**

Lavori: impianto elettrico, formazione servizio igienico, tinteggiatura.

ANNO 2009

1) **Nuovo Centro Residenziale Cure Palliative -Hospice - III Lotto Piano seminterrato presso P.O. S.Spirito - Casale Monf.**

Inizio lavori : 6.07.2009; in corso

2) **Costruzione edificio nuova Risonanza Magnetica - RX P.O. S.Spirito.**

Inizio lavori : 1.4.2009 Lavori in corso.

3) **Costruzione nuovo blocco operatorio con spazi accessori**

Previsione di inizio lavori dicembre 2009

4) **Fornitura e posa di nr. 2 piattaforme elettriche per Ambulatorio Diabetologico e Hospice - P.O. S.Spirito .**

Lavori: ultimati 06.2009; impianti in funzione.

ALTRI LAVORI : Manutenzioni generiche (edile, idraulica, elettrica, tinteggiature, fabbro) per migliorie, manutenzioni ordinarie/straordinarie e conservative (conto capitale fondi propri dell'Ente).

Descrizione sommaria dei lavori: ricollocazione Distretto di Valenza, ristrutturazione servizi igienici Urologia, Emodialisi; rifacimento pavimentazione rampe ingresso ospedale S.Spirito, con interventi per abbattimento barriere architettoniche; sistemazione ambulatori - sala prelievi - CUP, Poliambulatorio di via Palestro, compreso tinteggiatura; intonaci e tinteggiatura facciata esterna Padiglione Trasfusionale; ristrutturazione terrazzo reparto Pediatria (impermeabilizzazione , intonaci, pavimentazione);

Oncologia formazione locali preparazione chemioterapici; sistemazione rampa cucina Ospedale; Ginecologia sigillature tavolati lesionati ; tinteggiatura integrale dei Reparti di Traumatologia Degenza, Ostetricia-Ginecologia, Ambulatorio Trasfusionale, Pediatria; formazione servizio igienico Ambulatorio Diabetologia ; costruzione linea acqua refrigerata Trasfusionale; modifiche varie impianti idrici e di riscaldamento Radiologia; rifacimento impianto elettrico Pediatria; sistemazione impianto elettrico parziale Reparto Neurologia/Diabetologia; impianto luce rampe ingresso Ospedale; impianto di chiamata DH Oncologia; posa linee UPS dedicate per cabine elettriche; realizzazione impianto di chiamata servizio di Radiologia, Ricollocazione Terapia Antalgica

LAVORI PREVISTI

Progettazioni e/o Gare in corso:

1) **Lavori di rifacimento impianto elettrico e trattamento aria del servizio Mortuario**

Gara aggiudicata

2) Interventi di umanizzazione: nuovo CUP, ristrutturazione degenza RRF, ricollocazione Odontostomatologia (Umanizzazione p.o. S.Spirito)

Gara in corso di aggiudicazione consegna lavori prevista entro dicembre 09

3) Adeguamento e messa a norma Distretto 1 (sistemazione stabile Ex Sanber lato C.so Valentino)

In attesa di “nulla osta regionale” per l’avvio delle procedure di gara

4) Adeguamento centrale termica/frigorifera - rilevazione incendi - umanizzazione (Umanizzazione 2 p.o. S.Spirito)

Progetto in fase di completamento

5) Anatomia Patologica ricollocazione

Completata la fase di progettazione per la nuova ricollocazione dei locali presso il padiglione di Malattie Infettive

6) Ricollocazione ambulatori di Cardiologia nell’area ex ORL

Si stanno concordando gli ultimi dettagli per la ricollocazione con il nuovo Primario

LAVORI AMMESSI A FINANZIAMENTO EDISAN 2009

1) Adeguamento impianti elettrici, rinnovo finiture, ambulatori Dermatologia e Traumatologia

Definizione progettuale

TORTONA

Lavori anno 2008-2009: ultimati o in corso

1) Ampliamento e ristrutturazione per 2 nuove unità di degenza, nuovo ingresso, ambulatori, endoscopia, emodialisi, servizi mortuari, ecologici e di manutenzione dell’Ospedale SS. Antonio e Margherita di Tortona - 2° perizia

Lavori CONCLUSI 2008 - Nuovo Ingresso,

Lavori CONCLUSI 2009 - Servizio Dialisi, Servizio Endoscopia (in fase di collaudo)

Lavori IN CORSO - Utic e Nuova Cardiologia, Blocco Operatorio (realizzazione sala chirurgica laparoscopica con donazione da parte della Fondazione CRT già inviata alla Regione Piemonte per approvazione)

1) lavori di ristrutturazione del Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero “SS. Antonio e Margherita” di Tortona

Lavori CONCLUSI -

- 2) Lavori in parte a corpo e in parte a misura di ristrutturazione, adeguamento normativo ed impiantistico del Blocco Parto - dipartimento Materno Infantile dell'Ospedale "SS Antonio e Margherita" di Tortona

Lavori CONCLUSI

- 3) Lavori in parte a corpo in parte a misura di ristrutturazione , adeguamento normativo ed impiantistico della degenza - dipartimento Materno Infantile dell'Ospedale "SS Antonio e Margherita" di Tortona

Lavori CONCLUSI

- 4) Lavori di risanamento e restauro conservativo ad uso Distretto Sanitario - Ex Caserma Passalacqua 1° lotto

Lavori CONCLUSI

- 5) Lavori di risanamento e restauro conservativo ad uso Distretto Sanitario - Ex Caserma Passalacqua - sistemazione esterna

Lavori CONCLUSI

- 7) Lavori di risanamento e restauro conservativo ad uso Distretto Sanitario - Ex Caserma Passalacqua - Libera professione

Lavori CONCLUSI

- 8) lavori per installazione nuova Risonanza Magnetica presso il Presio Ospedaliero "SS Antonio e Margherita " di Tortona

Lavori CONCLUSI

Altri lavori : Manutenzioni straordinarie generiche che nel complesso hanno apportato migliorie alle strutture. (Conto capitale fondi propri dell'ente).

EDILE

Anno 2006/2007 - Descrizione sommaria: completamento servizio GUM, sistemazione centrale del freddo Ospedale, scala in ferro S.O., nuova sala osmosi, nuova sede autisti, lavori per consegna cantieri art. 20, tinteggiature varie.

Anno 2008 - Descrizione sommaria: lavori vari di tinteggiatura, ripristino pavimentazione reparto di cardiologa, locali autisti, locale dentisti, nuova autoclave, lavori propedeutici alla consegna cantieri di area ex art. 20 ex radiologia, servizio neve

Anno 2009 - Descrizione sommaria : sistemazione cancello via Galilei, lavori di impermeabilizzazione tetto laboratorio e Day Surgery, rifacimento pavimentazione in pvc reparto di medicina, lavori di cartongesso e manutenzioni varie

IMPIANTI MECCANICI

Anno 2008 - Descrizione sommaria: sanificazione e pulizia dei sistemi di distribuzione aria sala operatoria di chirurgia; sostituzione condizionatore ambulatorio ecografico; fornitura e posa in opera di n. 5 ventilconvettori nel reparto di day-surgery, sostituzione motocompressore del frigorifero di microbiologia; sostituzione pompa di circolazione fluidi passerelle del presidio ospedaliero di Tortona; trattamento anti-legionella nel Presidio Ospedaliero di n. 22 UTA e n. 2 torri evaporative;

Anno 2009 - Descrizione sommaria: lavori conclusi sostituzione scambiatore a piastre per microbiologia; motore di ventilazione per reparto Nuova ala;; sostituzione di n.10 apparecchiature di raffrescamento presso il reparto Day Surgery, e presso il Pronto Soccorso; sostituzione pompa di circolazione per Reparto di Microbiologia; fornitura e posa in opera di impianti di raffrescamento dell'ambulatorio di Ginecologia, locale sterilizzazione; sostituzione ventilatore di mandata del reparto Rianimazione

Lavori in corso d'opera:

apparecchiature di regolazione per impianti di Rianimazione, nuova Ala , oncologia; riparazione evaporatore e sostituzione scambiatori a piastre del gruppo refrigerante Nuova Manica; insonorizzazione della Centrale frigorifera e UTA Sala Parto.

verifica biennale n. 10 ascensori; modifica e implementazione centrale evacuazione gas anestetici del blocco operatorio; pulizia del sistema aspirante "pagula" presso la cucina del presidio ospedaliero di Tortona

IMPIANTI ELETTRICI

Anno 2008/2009 - descrizione sommaria: opere di ribaltamento line e quadri elettrici locali ex Radiologia e Sale Operatorie 1° piano, realizzazione linee elettriche per locale sterilizzatrice, illuminazione nuova scala di emergenza, impianto elettrico UTIC Cardiologia, manutenzione straordinaria impianto rilevazione fumi,illuminazione di sicurezza, porte tagliafuoco e uscite di sicurezza, installazione inverter per impianto di climatizzazione Dipartimento materno infantile, nuovo impianto per locali destinati al Servizio di Pulizia, impianto locali lavaferri seminterrato laboratorio analisi, sostituzione sbarra ingresso carraio Presidio Ospedaliero

VALENZA

1) Realizzazione Sportello Unico - P.O. Mauriziano

Sistemazione ingresso, rifacimento nr. 2 bagni (opere edili, e impianti idrosanitari, ed elettrico); costruzione rampa inclinata in ferro z.2 per abbattimento barriere architettoniche , comprese opere murarie e porte di ingresso .

Lavori : in corso di ultimazione (novembre 2009)

Altri Lavori : Manutenzione generiche ordinarie (edili, elettriche, idrauliche) :

Costruzione linea elettrica per Mammografo , sostituzione corpi illuminanti, apparecchiature e linee usurate;

manutenzione impianti idrosanitari (rubinetterie, guarnizioni, sifoni) e di riscaldamento (valvole , detentori etc), tinteggiature varie.

ALLEGATO B - GESTIONE FINANZIARIA Previsione 2009 e confronto 2005/2008

Senza voler fare un'analisi esaustiva sul bilancio dell'ASL AL è importante evidenziare l'andamento della gestione e del risultato a consuntivo 2008 nonché del bilancio 2009 dell'ASL provinciale rispetto al consolidato delle estinte ASL 20 21 e 22.

Al proposito è fondamentale definire in premessa il quadro di riferimento: una svolta radicale nella gestione del SSN è intervenuta a seguito della promulgazione della Legge 311/2004 (finanziaria per l'anno 2005) e della successiva sottoscrizione dell'Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005, repertorio n. 2271; qui di rilievo è l'art. 6 dell'Intesa ove è previsto che *“le Regioni si impegnano a rispettare l'obbligo in capo alle stesse di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, con riferimento alle proprie aziende sanitarie...”*.

I successivi provvedimenti regionali riguardano la definizione dei “piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico finanziario” (in seguito PRR) finalizzati al rispetto dell'Intesa citata. I PRR hanno avuto un duplice sviluppo

- a) di breve termine ossia definizione di obiettivi nel 2006 con riflessi concreti già nel 2007
- b) di medio raggio, tesi a raggiungere l'equilibrio, a livello regionale, entro il 2010.

Soffermandoci un istante sul “versante strategico” dei PRR è necessario fare riferimento alla DGR 1-8611/2008 che definisce gli obiettivi finanziari per il 2008 e le linee d'indirizzo 2008/2010.

Uno dei parametri su cui regge l'impianto dei PRR è rappresentato dalla consapevolezza che per governare l'evoluzione dei costi sia necessario agire sul versante dell'attività svolta dalle Aziende, con particolare riguardo a quella ospedaliera stanti gli alti tassi di ospedalizzazione che caratterizzano il sistema.

Al proposito il dispositivo è molto chiaro e prevede che le risorse siano assegnate e gestite a “produzione” invariata (o meglio a variazioni concordate tra funzione di tutela e produttori) è solo il caso di osservare che lo stesso principio è riproposto, se possibile con maggiore fermezza, nella DGR 2-12264/2009 ad oggetto: obiettivi gestionali e finanziari alle ASR per l'anno 2009.

Dalle risultanze di sintesi che seguono si evidenzia chiaramente come il processo di risanamento abbia prodotto, in soli due anni, il pieno raggiungimento degli obiettivi definiti dal PRR riguardo all'equilibrio della gestione. Si noti in particolare come il maggior fabbisogno strutturale (tale è dato il periodo di riferimento 2005/2007) è passato da circa 36 milioni nel 2005 a (apparentemente) 6 milioni per il 2008; l'avverbio è d'obbligo tenuto conto dei parametri stabiliti dalla DGR 1-8611 del 16 aprile 2008 e presi a riferimento dagli Organi regionali per la verifica del raggiungimento (o meno) dell'equilibrio economico finanziario:

		2009	2008	2007	2006	2005
NOVI L.RE						
	Risultato di gestione determinato ai sensi art. 1 co. 173 L. 311/04 s.m.i.			0,00	-2.020,00	-6.130,00
	contributi per ripiano perdite			7.959,00	9.177,00	6.023,00
CASALE M.TO						
	Risultato di gestione determinato ai sensi art. 1 co. 173 L. 311/04 s.m.i.			0,00	0,00	-102,00
	contributi per ripiano perdite			8.329,00	7.483,00	8.084,00
ALESSANDRIA						
	Risultato di gestione determinato ai sensi art. 1 co. 173 L. 311/04 s.m.i.			0,00	0,00	-559,00
	contributi per ripiano perdite			12.720,00	13.458,00	16.057,00
ASL AL						
	Risultato di gestione determinato ai sensi art. 1 co. 173 L. 311/04 s.m.i.	0,00	0,00	0,00	-2.020,00	-6.791,00
	contributi per ripiano perdite	0,00	6.150,00	29.008,00	30.118,00	30.164,00

Si osservi, come sopra accennato, che in base ai criteri definiti dalla DGR 1-8611/2008 relativamente ai livelli di produzione, l'ASL AL ha raggiunto l'equilibrio finanziario nel suo primo anno di vita (esercizio 2008), infatti, come certificato dalla DGR 29-10632/2009 ad oggetto rideterminazione finanziamento 2008, l'ulteriore fabbisogno (6.150.000 euro) deriva ESCLUSIVAMENTE da maggior produzione effettuata, e NON concordata con l'ASL, da erogatori pubblici, il ch  contrasta con i richiamati indirizzi regionali.

In altre parole si vuole evidenziare che il contributo per ripiano perdite 2008 (di cui all'ultima riga della tabella) si rende necessario non gi  per sostenere maggior spesa generata dai processi produttivi dell'azienda ma al contrario per spesa generata da soggetti terzi e riaddebitata d'ufficio, attraverso il ciclo della mobilit .

Per quanto riguarda la gestione 2009 gli obiettivi sono stati assegnati, come gi  detto, con le DGR 1-10802/2009 e 2-12264/2009, ora, senza dilungarsi sui vari aspetti della gestione si ritiene significativo evidenziare che   garantito, anche per l'anno in corso, l'equilibrio economico finanziario senza alcun maggior fabbisogno fermi restando i criteri definiti dai citati provvedimenti.

E' infine importante fare alcune considerazioni sulle modalità con cui si è operato il risanamento del bilancio qui dimostrato, precisando fin d'ora che il risultato è stato ottenuto agendo sui fondamentali della spesa.

Non sfugge infatti che un "non addetto ai lavori" potrebbe ipotizzare che il risultato sia in realtà stato determinato da un cospicuo aumento delle risorse assegnate *ergo* ci sarebbe stato poco o nulla di gestionale ma solo una presa d'atto della spesa storica! Ebbene nel 2009 il fabbisogno complessivo (quota capitaria + fondo riequilibrio + ripiano perdite) è aumentato di 13,4 milioni su base 2007 ovvero un modestissimo 1,8%; solo per avere un termine di paragone si registra, nel medesimo periodo, un aumento di spesa per assistenza residenziale erogata ad anziani disabili ecc di 8,5 mln.

ALLEGATO C – Produzione ricoveri-Produzione ambulatoriale-Produzione Day Surgery-Appropriatezza ricoveri-Tasso ospedalizzazione- Case di Cura e Ambulatori Privati.

ASL AL – PRODUZIONE PRESIDI OSPEDALIERI

	ANNO 2007			ANNO 2008			10 MESI 2009		
	TOT	RO	DH	TOT	RO	DH	TOT	RO	DH
	Casi								
Totale ASL AL	45.888	28.489	17.399	45.747	27.816	17.931	35.125	22.435	12.690
PRESIDIO OSPEDALIERO TORTONA	10.043	6.521	3.522	9.875	6.363	3.512	7.645	5.064	2.581
CARDIOLOGIA ED UNITA' CORONARICA	495	458	37	470	420	50	445	402	43
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	364	127	237	327	109	218	191	74	117
MEDICINA GENERALE	1.528	1.279	249	1.179	1.153	26	886	876	10
DH ONCOLOGICO				288		288	161		161
NEUROLOGIA	479	471	8	472	466	6	388	380	8
CHIRURGIA	1.779	1.171	608	1.868	1.274	594	1.335	897	438
OCULISTICA	591	6	585	647	1	646	491	10	481
ORTOPEDIA	725	488	237	854	624	230	727	553	174
OTORINOLARINGOIATRIA	812	489	323	759	431	328	582	352	230
UROLOGIA	811	343	468	725	294	431	631	227	404
OSTETRICA E GINECOLOGIA	1.609	1.028	581	1.531	1.013	518	1.187	803	384
PEDIATRIA	850	661	189	755	578	177	621	490	131
PRESIDIO OSPEDALIERO CASALE M.	14.448	8.447	6.001	14.900	8.211	6.689	10.896	6.555	4.341
Psichiatria repartino SPDC	307	307		333	333		246	246	
Recupero e Riabilitaz. Funz. S.Spirito	269	177	92	255	171	84	136	126	10
Lungodegenza S.Spirito	86	86		75	75		70	70	
Cardiologia S.Spirito	745	604	141	636	514	122	493	410	83
Diabetologia S.Spirito	127		127	200		200	16		16
Malattie infettive S.Spirito	238	183	55	254	199	55	158	156	2
Medicina generale UO S.Spirito	1.699	1.607	92	1.623	1.568	55	1.210	1.199	11
Nefrologia S.Spirito	255		255	141		141	92		92
Neurologia S.Spirito	725	707	18	711	709	2	527	526	1
Unità Coronarica S.Spirito	91	91		96	96		92	92	

	ANNO 2007			ANNO 2008			10 MESI 2009		
	TOT	RO	DH	TOT	RO	DH	TOT	RO	DH
	Casi								
Dermatologia S.Spirito	164	120	44	122	67	55	27	7	20
Gastroenterologia S.Spirito	48		48	67		67	4		4
Oncologia S.Spirito	705	265	440	763	298	465	516	274	242
Pneumologia S.Spirito	96		96	113		113	42		42
Chirurgia Generale S.Spirito	1.345	973	372	1.360	984	376	1.112	846	266
Oculistica S.Spirito	1.993	196	1.797	2.750	266	2.484	1.889	218	1.671
Odontoiatria e Stomatologia S.Spirito	164		164	122		122	119		119
Ortopedia e Traumatologia S.Spirito	1.315	820	495	1.219	757	462	970	653	317
ORL S.Spirito	493	220	273	505	277	228	428	231	197
Urologia S.Spirito	929	526	403	865	514	351	631	416	215
Trasfusionale (Ematologia) S.Spirito	10		10	9		9	1		1
Neonatologia S.Spirito	611	611		531	531		419	419	
Ostetricia e Ginecologia S.Spirito	1.345	837	508	1.317	762	555	1.011	590	421
Pediatria S.Spirito	31		31	17		17	6		6
Anestesia e Rianimazione S.Spirito	657	117	540	816	90	726	681	76	605
PRESIDIO OSPEDALIERO VALENZA	1.103	623	480	987	609	378	767	507	260
Recupero e Riabilitaz. Funz. Osp.Val.	237	220	17	209	189	20	158	150	8
Lungodegenza Osp.Val.	104	104		134	134		106	106	
Medicina generale Osp.Val.	312	299	13	296	286	10	259	251	8
Day Surgery Multispec. Osp.Valenza	450		450	348		348	244		244
PRESIDIO DI ACQUI TERME	7.422	4.627	2.795	7.321	4.498	2.823	6.194	3.842	2.352
CARDIOLOGIA ACQUI T.	639	501	138	643	496	147	512	410	102
CHIRURGIA ACQUI T.	1.107	658	449	1.130	687	443	941	580	361
MEDICINA ACQUI T.	1.464	1.193	271	1.377	1.092	285	1.077	936	141
OCULISTICA ACQUI PO ACQUI	589	3	586	626	5	621	497	2	495
ORTOPEDIA ACQUI T.	868	498	370	907	495	412	758	434	324
OSTETRICIA GINEC. ACQUI PO ACQUI	1.022	682	340	987	656	331	875	559	316
O.R.L. ASL PO ACQUI	314	198	116	368	255	113	319	156	163
PEDIATRIA ACQUI PO ACQUI	613	554	59	517	481	36	500	493	7

	ANNO 2007			ANNO 2008			10 MESI 2009		
	TOT	RO	DH	TOT	RO	DH	TOT	RO	DH
	Casi	Casi	Casi	Casi	Casi	Casi	Casi	Casi	Casi
UROLOGIA ACQUI PO ACQUI	510	255	255	470	222	248	408	190	218
ANESTESIA RIANIMAZIONE	296	85	211	290	104	186	299	75	224
AREA AMBULAT.COMUNE ACQUI T.				6	5	1	8	7	1
PRESIDIO DI NOVI LIGURE	10.568	6.684	3.884	10.628	6.690	3.938	8.369	5.484	2.885
CARDIOLOGIA NOVI PO NOVI	689	531	158	654	531	123	558	438	120
CHIRURGIA NOVI L.	1.704	1.146	558	1.699	1.175	524	1.446	1.015	431
Allergologia Novi L.	18		18	15		15	23		23
Medicina Generale Novi L.	1.460	1.121	339	1.391	1.112	279	1.021	888	133
Gastroenterologia Novi L.	35		35	30		30	28		28
Lungodegenza Novi L.	58	58		23	23		11	11	
Oncologia Novi L.							50		50
Pneumologia Novi	5	3	2	4	1	3	7		7
NEFROLOGIA ASL 22 PO NOVI LIGURE							50	37	13
NEUROLOGIA ASL PO NOVI	544	525	19	533	508	25	444	428	16
OCULISTICA NOVI PO NOVI	1.341	13	1.328	1.384	8	1.376	873	1	872
ORTOPEDIA NOVI L.	1.210	747	463	1.178	651	527	870	483	387
OSTETRICIA GINECOL. NOVI PO NOVI	1.612	1.030	582	1.640	1.029	611	1.272	817	455
DIP. SALUTE MENT. PO NOVI	227	227		267	267		202	202	
UROLOGIA NOVI L.	804	455	349	886	531	355	758	446	312
ANESTESIA RIANIMAZIONE NOVI L.	76	76		59	59		39	39	
AREA AMBULATORIALE NOVI L.				18	1	17	7	3	4
O.R.L. ASL PO NOVI	78	47	31	117	67	50	76	45	31
PEDIATRIA ACQUI PO NOVI	707	705	2	730	727	3	634	631	3
PRESIDIO OSPEDALIERO DI OVADA	2.304	1.587	717	2.036	1.445	591	1.254	983	271
UROLOGIA ACQUI PO OVADA	87	1	86	50		50	21		21
CHIRURGIA OVADA	774	382	392	687	337	350	457	258	199
MEDICINA OVADA	1.088	861	227	959	780	179	492	452	40
R.R.F. ASL PO OVADA	272	272		286	286		217	217	
PNEUMOLOGIA OVADA	83	71	12	54	42	12	67	56	11

ASL AL – PRODUZIONE AMBULATORIALE

EROGATORE	TIPO ATTIVITA'	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009 (GEN-OTT)
TOT ASL AL	A1 - Prestazioni di attivita' clinica	991.056	993.791	809.471
	A2 - Prestazioni di laboratorio	3.288.035	3.636.226	3.180.945
	A3 - Prestazioni di diagnostica strum. e immag.	167.154	156.091	130.160
DI CUI PP.OO	A1 - Prestazioni di attivita' clinica	797.374	770.758	632.272
	A2 - Prestazioni di laboratorio	3.277.530	3.625.916	3.173.162
	A3 - Prestazioni di diagnostica strum. e immag.	152.535	143.704	119.218
DI CUI DISTRETTI	A1 - Prestazioni di attivita' clinica	193.682	223.033	177.199
	A2 - Prestazioni di laboratorio	10.505	10.310	7.783
	A3 - Prestazioni di diagnostica strum. e immag.	14.619	12.387	10.942
AREA EX ASL20	A1 - Prestazioni di attivita' clinica	236.669	218.386	188.162
	A2 - Prestazioni di laboratorio	655.854	654.645	658.051
	A3 - Prestazioni di diagnostica strum. e immag.	38.423	35.964	29.793
DI CUI PP.OO	A1 - Prestazioni di attivita' clinica	167.613	142.838	127.480
	A2 - Prestazioni di laboratorio	648.579	648.148	652.870
	A3 - Prestazioni di diagnostica strum. e immag.	24.560	25.117	20.092
DI CUI DISTRETTI	A1 - Prestazioni di attivita' clinica	69.056	75.548	60.682
	A2 - Prestazioni di laboratorio	7.275	6.497	5.181
	A3 - Prestazioni di diagnostica strum. e immag.	13.863	10.847	9.701
AREA EX ASL21	A1 - Prestazioni di attivita' clinica	318.462	324.426	266.616
	A2 - Prestazioni di laboratorio	1.166.666	1.120.854	933.638
	A3 - Prestazioni di diagnostica strum. e immag.	57.409	50.005	40.239
DI CUI PP.OO	A1 - Prestazioni di attivita' clinica	257.776	255.410	211.931
	A2 - Prestazioni di laboratorio	1.163.988	1.118.214	931.618
	A3 - Prestazioni di diagnostica strum. e immag.	56.653	48.481	38.998
DI CUI DISTRETTI	A1 - Prestazioni di attivita' clinica	60.686	69.016	54.685
	A2 - Prestazioni di laboratorio	2.678	2.640	2.020
	A3 - Prestazioni di diagnostica strum. e immag.	756	1.524	1.241
AREA EX ASL22	A1 - Prestazioni di attivita' clinica	435.925	450.979	354.693
	A2 - Prestazioni di laboratorio	1.465.515	1.860.727	1.589.256
	A3 - Prestazioni di diagnostica strum. e immag.	71.322	70.122	60.128
DI CUI PP.OO	A1 - Prestazioni di attivita' clinica	371.985	372.510	292.861
	A2 - Prestazioni di laboratorio	1.464.963	1.859.554	1.588.674
	A3 - Prestazioni di diagnostica strum. e immag.	71.322	70.106	60.128
DI CUI DISTRETTI	A1 - Prestazioni di attivita' clinica	63.940	78.469	61.832
	A2 - Prestazioni di laboratorio	552	1.173	582
	A3 - Prestazioni di diagnostica strum. e immag.		16	

ASL AL - % DAY SURGERY SU TOTALE CASI

	ANNO 2007			ANNO 2008			ANNO 2009 (GEN-OTT)		
	TOT CASI (RO+DH)	DAY SURGERY	% DAY SURGERY	TOT CASI (RO+DH)	DAY SURGERY	% DAY SURGERY	TOT CASI (RO+DH)	DAY SURGERY	% DAY SURGERY
TOT ASL AL	45.888	12.821	27,9%	45.747	13.453	29,4%	35.125	10.063	28,6%
P.O. TORTONA	10.043	2.554	25,4%	9.875	2.527	25,6%	7.645	1.936	25,3%
P.O. CASALE	14.448	3.939	27,3%	14.900	4.448	29,9%	10.896	3.192	29,3%
P.O. VALENZA	1.103	449	40,7%	987	348	35,3%	767	244	31,8%
P.O. DI NOVI L.	10.568	3.333	31,5%	10.628	3.518	33,1%	6.194	1.908	30,8%
P.O. DI ACQUI T.	7.422	2.144	28,9%	7.321	2.214	30,2%	8.369	2.566	30,7%
P.O. DI OVADA	2.304	402	17,4%	2.036	398	19,5%	1.254	217	17,3%

ASL AL - DRG AD ALTO RISCHIO INAPPROPRIATEZZA

	AD ALTO RISCHIO INAPPR (S/N)	ANNO 2007		ANNO 2008		10 MESI 2009	
		Casi	%	Casi	%	Casi	%
P.O. TORTONA	TOT	10.043		9.875		7.645	
	N	9.253	92,1%	9.170	92,9%	7.090	92,7%
	S	790	7,9%	705	7,1%	555	7,3%
P.O. CASALE	TOT	14.448		14.900		10.896	
	N	13.414	92,8%	13.973	93,8%	10.254	94,1%
	S	1.034	7,2%	927	6,2%	642	5,9%
P.O. VALENZA	TOT	1.103		987		767	
	N	959	86,9%	867	87,8%	646	84,2%
	S	144	13,1%	120	12,2%	121	15,8%
P.O. DI ACQUI T.	TOT	7.422		7.321		8.369	
	N	6.772	91,2%	6.739	92,1%	7.920	94,6%
	S	650	8,8%	582	7,9%	449	5,4%
P.O. DI NOVI L.	TOT	10.568		10.628		6.194	
	N	10.008	94,7%	10.018	94,3%	5.736	92,6%
	S	560	5,3%	610	5,7%	458	7,4%
P.O. DI OVADA	TOT	2.304		2.036		1.254	
	N	1.978	85,9%	1.758	86,3%	1.095	87,3%
	S	326	14,1%	278	13,7%	159	12,7%
TOT ASL AL	TOT	45.888		45.747		35.125	
	N	42.384	92,4%	42.525	93,0%	32.741	93,2%
	S	3.504	7,6%	3.222	7,0%	2.384	6,8%

ANALISI TASSO OSPEDALIZZAZIONE ASL AL

periodo gennaio-ottobre 2009

ASL AL TASSO OSPEDALIZZAZIONE	TOTALE	Distretto di Acqui Terme	Distretto di Alessandria	Distretto di Casale	Distretto di Novi Ligure	Distretto di Ovada	Distretto di Tortona	Distretto di Valenza
	N° CASI	N° CASI	N° CASI	N° CASI	N° CASI	N° CASI	N° CASI	N° CASI
OSPEDALE TORTONA	6.775	29	472	19	859	106	5.222	68
OSPEDALE S. GIACOMO NOVI L.	7.101	171	478	17	5.250	842	296	47
OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	4.321	3.464	115	3	138	592	3	6
OSPEDALE CIVILE DI OVADA	887	50	9	1	140	684	1	2
OSPEDALE S. SPIRITO CASALE M.	8.931	22	261	7.597	80	78	52	841
OSPEDALE DI VALENZA	688	1	81	154	-	-	5	447
AZIENDA OSPEDALIERA AL	21.657	1.099	13.448	1.599	1.507	559	1.112	2.333
ALTRE ASL FUORI PROVINCIA	1.254	101	216	782	47	23	36	49
ALTRE ASO PIEMONTE	1.369	172	318	518	149	28	75	109
ART41 - ISTITUTI EX ART. 41 - 43	87	12	19	41	3	1	1	10
IRCCS - ISTITUTI A CAR. SCIENT.	237	19	86	80	19	6	8	19
PRIVATI FUORI PROVINCIA	973	106	187	491	61	17	46	65
PRIVATI PROVINCIA	6.134	1.135	2.358	967	653	316	350	355
LOMBARDIA	6.904	247	1.360	826	1.130	209	2.684	448
LIGURIA	4.027	671	584	233	1.348	772	318	101
ALTRE REGIONI	1.022	78	309	185	152	49	156	93
TOTALE RICOVERI	72.367	7.377	20.301	13.513	11.536	4.282	10.365	4.993
DI CUI EFFETTUATI PRESSO PROPRI PRESIDI	28.703	3.737	1.416	7.791	6.467	2.302	5.579	1.411
DI CUI EFFETTUATI PRESSO ISTITUTI REGIONALI	31.711	2.644	16.632	4.478	2.439	950	1.628	2.940
DI CUI EFFETTUATI PRESSO ISTITUTI EXTRA-REGIONALI	11.953	996	2.253	1.244	2.630	1.030	3.158	642

ASL AL – TASSO OSPEDALIZZAZIONE	TOTALE	Distretto di Acqui Terme	Distretto di Alessandria	Distretto di Casale	Distretto di Novi Ligure	Distretto di Ovada	Distretto di Tortona	Distretto di Valenza
POPOLAZIONE	448.900	43.361	123.412	87.155	72.855	28.188	62.106	31.823
TASSO OSPEDALIZZAZIONE (n.casi *1.000 abit.)	193,5	204,2	197,4	186,1	190,0	182,3	200,3	188,3
DA PROPRI PRESIDI ASL PROVINCIALE	76,7	103,4	13,8	107,3	106,5	98,0	107,8	53,2
DA PROPRIO PRESIDIO	76,7	95,9		104,6	86,5	29,1	100,9	16,9
DA ALTRI PRESIDI ASL PROVINCIALE	-	7,6	13,8	2,7	20,0	68,9	6,9	36,4
DA ISTITUTI REGIONALI	84,8	73,2	161,7	61,7	40,2	40,4	31,5	110,9
DA ASO AL	57,9	30,4	130,8	22,0	24,8	23,8	21,5	88,0
DA ALTRE ASL REGIONE	3,4	2,8	2,1	10,8	0,8	1,0	0,7	1,8
DA ALTRE ASO REGIONE	3,7	4,8	3,1	7,1	2,5	1,2	1,4	4,1
EX ART 41-43 E IRCCS REGIONE	0,9	0,9	1,0	1,7	0,4	0,3	0,2	1,1
DA PRIVATI FUORI PROVINCIA	2,6	2,9	1,8	6,8	1,0	0,7	0,9	2,5
DA PRIVATI PROVINCIA	16,4	31,4	22,9	13,3	10,8	13,5	6,8	13,4
DA ISTITUTI EXTRA REGIONALI	32,0	27,6	21,9	17,1	43,3	43,8	61,0	24,2
DA LOMBARDIA	18,5	6,8	13,2	11,4	18,6	8,9	51,9	16,9
DA LIGURIA	10,8	18,6	5,7	3,2	22,2	32,9	6,1	3,8
ALTRE REGIONI	2,7	2,2	3,0	2,5	2,5	2,1	3,0	3,5

NOTE:

Fonte dati CSI (dati ufficiosi)

IL DATO PUO' RISULTARE SOTTOSTIMATO PER RITARDI NEGLI INVII DEI FLUSSI DA PARTE DELLE AZIENDE EROGATRICI E PER LA CHIUSURA DEI CICLI DH A FINE ANNO

IL DATO DEI RICOVERI EXTRAREGIONE E' RELATIVO ALL'ANNO 2008

Le prime tabelle riportano i ricoveri, suddivisi in ricoveri ordinari e di Day Hospital, per ciascuno degli ospedali della rete provinciale dell'ASL AL ed in totale.

Il numero di ricoveri è sostanzialmente stabile nelle realtà ospedaliere più grosse mentre tende a diminuire nelle realtà di dimensioni limitate (Valenza ed Ovada).

La percentuale di Day Hospital sul totale dei ricoveri è salita dal 37,9 del 2007 al 39,1 del 2008 con un trend in linea con le indicazioni regionali (il dato del 2009, 36,1%, è ad oggi poco attendibile in quanto risente della mancata chiusura dei cicli di DH che avvengono a fine anno).

Nel periodo preso in esame si è avuto inoltre un lieve calo del tasso di ospedalizzazione, avvenuto fondamentalmente grazie ad una riduzione della fuga. La percentuale di ricoveri in Day Surgery sul totale dei ricoveri è un altro indicatore di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, esprimendo la tendenza ad utilizzare le modalità di ricovero al tempo stesso più gradite al paziente, sicure e in grado di impiegare meno risorse.

La media complessiva dell'ASL AL aumenta dal 2007 al 2009 dal 27,9% al 29,1%, con gli incrementi più rilevanti negli ospedali di Casale (27.3 ->29,9), Acqui (28,9-> 31.1) e Ovada (17.4 -> 20.1).

In controtendenza, la percentuale di ricoveri in Day Surgery rispetto al totale dei ricoveri diminuisce nel Presidio Ospedaliero di Valenza.

I DRG ad alto rischio di in appropriatezza rappresentano una tipologia di ricoveri per i quali le modalità di ricovero ordinario sono spesso inappropriate: si tratta di problematiche che potrebbero essere affrontate in modo più appropriato con un ricovero in Day Hospital o con accertamenti di tipo ambulatoriale.

L'obiettivo è ovviamente quello di ridurre la percentuale di questi DRG sul totale dei ricoveri.

Si evidenzia un trend al miglioramento per l'ASL nel suo complesso (dal 7,6% del 2007 al 7,0% del 2008 al 6,8% dei primi 10 mesi del 2009).

Il tasso di Ospedalizzazione esprime il numero totale di ricoveri e la loro incidenza su 1000 abitanti analizzata per i residenti di ciascun distretto.

Si può notare come per gli Ospedali di Casale, Tortona, Novi ed Acqui gli ospedali del distretto effettuino da 86 a 104 ricoveri/1000 abitanti su un totale di ricoveri che va da 186 a 204/1000 ab.: in questi casi quindi l'ospedale del territorio arriva a soddisfare il 60% dei ricoveri.

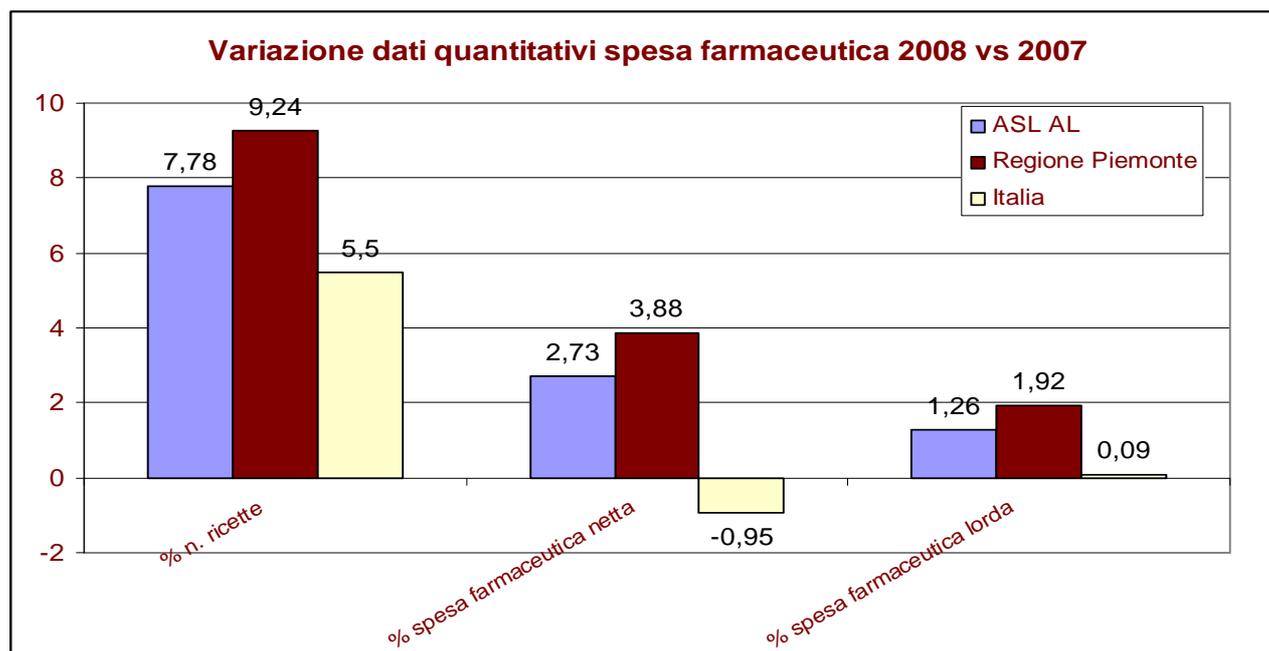
Un ulteriore 10-15% è soddisfatto dall'ASO (ricoveri di II livello) .

Per il distretto di Alessandria l'ASO svolge ovviamente le funzioni di I e II livello (70%) dei ricoveri.

I territori di Ovada e Valenza vedono soddisfatto il proprio fabbisogno di ricoveri in modo limitato dall'Ospedale di riferimento ed in misura più rilevante dagli altri Ospedali della rete (Ovada) o dall'ASO di Alessandria (Valenza):.

Una quantità rilevante di ricoveri in strutture private è evidente nei distretti di Acqui (31/1000ab) e AI (22/1000ab) dove sono localizzate alcune strutture private.

Un numero elevato di ricoveri verso la Lombardia (51/1000 ab) è evidente per i residenti nel distretto di Tortona.

ALL. D
SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA ANNO 2008


Fonte dati FEDERFARMA-SERR

	ASL AL		PIEMONTE		ITALIA	
	INCIDENZA SU SPESA 2008	DIFFERENZA VS SPESA 2007	INCIDENZA SU SPESA 2008	DIFFERENZA VS SPESA 2007	INCIDENZA SU SPESA 2008	DIFFERENZA VS SPESA 2007
C - SISTEMA CARDIOVASCOLARE	32,84%	-1,92%	35,50%	-1,60%	36,30%	-1,80%
A - APPARATO GASTROINTESTINALE E M	14,01%	4,11%	14,90%	4,40%	14,20%	3,50%
N - SISTEMA NERVOSO CENTRALE	12,72%	6,56%	13,00%	9,50%	10,40%	9,20%
J - ANTIMICROBICI GENERALI USO SIS	8,10%	-2,71%	8,30%	-1,70%	9,90%	-2,60%
R - SISTEMA RESPIRATORIO	7,15%	7,42%	7,60%	8,10%	8,20%	5,70%
L - FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMM	4,42%	-8,30%	4,90%	-8,00%	4,10%	-0,20%
B - SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	4,40%	12,29%	4,70%	11,60%	5,10%	8,90%
G - SISTEMA GENITO-URINARIO E ORMO	3,79%	-7,33%	4,10%	-4,90%	3,70%	-6,50%
M - SISTEMA MUSCOLO-SCHELTRICO	3,05%	6,47%	3,30%	10,20%	4,30%	7,30%

i 10 principi attivi a maggior spesa ssn		ASL AL	
PRINCIPIO ATTIVO		incidenza su spesa 2008	differenza vs spesa 2007
C10AA05 - ATORVASTATINA	1	2,60%	10,89%
R03AK06 - SALMETEROLO ED ALTRI FARMACI	2	1,97%	1,14%
A02BC05 - ESOMEPRAZOLO	3	1,88%	1,45%
A02BC03 - LANSOPRAZOLO	4	1,73%	16,78%
C09DA03 - VALSARTAN E DIURETICI	5	1,47%	2,23%
C10AA07 - ROSUVASTATINA	6	1,46%	23,60%
R03BB04 - TIOTROPIO BROMURO	7	1,28%	18,92%
L02BG03 - ANASTROZOLO	8	1,25%	-2,04%
B01AB06 - NADROPARINA	9	1,21%	14,23%
C01DA02 - NITROGLICERINA	10	1,09%	-1,48%

Fonte dati tracciato ICS ricette SSN

ANNO 2008	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
SPESA LORDA PRO CAPITE GREZZA	227,4	209,01
SPESA LORDA PRO CAPITE PESATA	110,3	197,2

È noto che la variabilità dei consumi farmaceutici è per buona parte attribuibile, oltre che alle differenti attitudini prescrittive dei medici, anche alle caratteristiche delle popolazioni a confronto, in primo luogo età e sesso.

Per eliminare le differenze determinate da questi fattori, nei confronti è utile ricorrere ad un sistema di "pesi" predisposto dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

Tale sistema, infatti, consente di considerare nella misura reale la popolazione dell'ASL AL costituita per il 27% da ultra 65enni.

Nell'anno 2008 la spesa farmaceutica convenzionata a livello Nazionale è diminuita nonostante l'aumento del numero delle ricette. Ciò è dovuto al fatto che le ricette contengono farmaci di prezzo più basso: cala, quindi, il valore medio delle ricette stesse,.

Tale calo è dovuto ai tagli dei prezzi dei medicinali varati dall'AIFA a partire dal 2006, al crescente impatto del prezzo di riferimento per i medicinali equivalenti e ad alcuni interventi regionali.

Incidenza spesa farmaci a brevetto scaduto sulla spesa farmaceutica convenzionata

Anno 2007 : 21,78%

Anno 2008 : 28,77%

Incidenza spesa farmaci in distribuzione diretta effettuata dall'ASL sulla spesa farmaceutica convenzionata

Anno 2007 : 23,30%

Anno 2008: 24,60%

SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA-1° semestre 2009

La spesa farmaceutica netta a carico del SSN in Italia nel primo semestre 2009 ha fatto registrare un andamento sostanzialmente stabile rispetto al primo semestre dell'anno scorso (+0,3%), a fronte di un aumento del numero delle ricette del **+2,8%**. La Regione è salita del **4,91%** mentre nell'ASL AL l'aumento del numero ricette è stato perfettamente in linea con la media nazionale **+2,67%**,.

La spesa farmaceutica netta ASL AL è scesa del **-0,11%**, contro la media regionale del +3,74%

Come per l'anno 2008, l'andamento della spesa nel primo semestre 2009 e' il risultato di un costante incremento del numero delle ricette e di un contestuale calo del valore medio delle ricette stesse. Si prescrivono più farmaci, ma di prezzo mediamente più basso. Tale risultato e' dovuto alle riduzioni dei prezzi dei medicinali varate dal Governo e dall'AIFA a partire dal 2006 (da ultimo quella del 12% sui medicinali generici SSN, in vigore dal 28 maggio 2009), al crescente impatto del prezzo di riferimento per i medicinali equivalenti, a seguito della progressiva scadenza di importanti brevetti e alle misure applicate a livello regionale.

I PERCORSI DELL'ASL AL PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA

La relazione della Regione Piemonte (che si allega) sulla spesa farmaceutica convenzionata del primo semestre 2009 a confronto con il primo semestre 2008 evidenzia dati positivi riferiti all'ASL AL che raggiunge in tutte le analisi buoni risultati sia come dati grezzi che come valori pesati rispetto alla media regionale.

Nell'ottica di stretta sinergia Ospedale – Territorio, l'ASL AL ha posto in essere le azioni descritte al fine di indurre, a parità di cura e di valorizzazione della centralità della persona, effetti positivi in termini di appropriatezza prescrittiva e di conseguente contenimento della spesa farmaceutica:

A) - SETTORE DISTRIBUZIONE DIRETTA

E' stata costantemente sviluppata la distribuzione diretta da parte dei diversi Servizi aziendali, ospedalieri e territoriali:

L'attività comprende i farmaci:

- contemplati dall'apposito Accordo regionale
- erogati agli assistiti a seguito di dimissione/visita specialistica
- garantiti ai soggetti ultrasessantacinquenni pluripatologici nell'ambito del progetto di farmacovigilanza attiva della Regione Piemonte "Area distrettuale"
- per i pazienti affetti da malattie rare o fibrosi cistica
- per i pazienti in assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale
- per i pazienti afferenti al Gruppo di Cure Primarie di cui alla DGR n.1/3808 2001.

Positivi, in termini di presa in carico dell'assistito e di contenimento della spesa, i risultati sortiti dalla sottoscrizione di appositi protocolli di intesa per sostenere la continuità assistenziale dei pazienti oncologici anche nel settore farmaco e la presa in carico completa del paziente affetto da malattie mentali da parte dei CCSSMM aziendali.

B) MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI

Assiduo e sistematico è il monitoraggio delle prescrizioni attraverso il sistema direzionale di analisi e reporting, che costituisce uno strumento di riflessione per ciascun Medico di Famiglia (a cui viene inviato trimestralmente un apposito report personalizzato), oltre che di analisi per la Direzione aziendale e per i vari Direttori di Distretto.

Tale sistema ha consentito di evidenziare medici "iperprescrittori" e pazienti "iperconsumatori" utili per costruttivi confronti con i medici di famiglia, finalizzati ad individuare e condividere strategie di razionalizzazione.

C) APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: OBIETTIVI

Negli anni 2008 e 2009 sono stati concertati ed attribuiti uguali obiettivi per i medici di famiglia e gli specialisti ospedalieri ispirati a criteri di appropriatezza prescrittiva che prevedono, tra l'altro:

- la razionalizzazione dell'utilizzo dei farmaci di largo utilizzo e di alto costo per i quali sussiste valida alternativa terapeutica a costi inferiori
- la sensibilizzazione verso l'utilizzo dei farmaci generici
- l'attivazione dei più ampi percorsi di erogazione diretta della terapia farmacologica

- la prescrizione in dimissione o dopo visita specialistica fatta in conformità al Prontuario Terapeutico Aziendale e, quindi, nell'ottica del miglior rapporto costo/beneficio

Numerosi gli interventi dei farmacisti aziendali presso le Equipe dei MMG/PLS e presso le Strutture ospedaliere per veicolare informazioni tecniche di appropriatezza prescrittiva (rispetto delle Note limitative, stesura del Piano terapeutico, etc) e di informazione indipendente rispetto alle informazioni rese dalle Ditte farmaceutiche.

D) PRESCRIZIONE DEI FARMACI EQUIVALENTI

La classe medica, convenzionata e che opera all'interno dell'Azienda, viene costantemente stimolata verso la prescrizione dei farmaci equivalenti attraverso l'informazione periodica dell'uscita sul mercato dei nuovi farmaci generici perché orienti le prescrizioni delle singole classi terapeutiche verso il farmaco generico, operando in tal modo un considerevole risparmio di risorse quantificabile in circa il 40% rispetto al farmaco con brevetto ancora valido.

L'elenco dei farmaci equivalenti è presente sul sito aziendale e viene aggiornato mensilmente.

Inoltre, in occasione degli incontri al fine della revisione dei Prontuari terapeutici in ambito di Commissione Terapeutica Aziendale Unica di ASL provinciale, viene garantita la presenza dei generici per ogni gruppo terapeutico.

E) INFORMAZIONE INDIPENDENTE

Vengono realizzati costantemente interventi di informazione indipendente rispetto ai messaggi delle Ditte farmaceutiche attraverso:

- pubblicazioni periodiche
- schede di lettura immediata per i pazienti che accedono alla distribuzione diretta
- eventi formativi per i sanitari ospedalieri e convenzionati
- seminari per i cittadini
- interventi negli Istituti scolastici

ALLEGATI:

1. RELAZIONE REGIONE PIEMONTE

ALL. D1

REGIONE PIEMONTE

SETTORE ASSISTENZA FARMACEUTICA
TERRITORIALE E INTEGRATIVA

SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

I° SEMESTRE 2009 VS I° SEMESTRE 2008
CONFRONTO ASL

DATI DI SPESA FARMACEUTICA
CONVENZIONATA PURA
(CNU)

Introduzione

PRECISAZIONI

I dati analizzati nel presente rapporto si riferiscono ai farmaci erogati in regime di SSN attraverso le farmacie convenzionate (cosiddetta spesa farmaceutica convenzionata pura). Il periodo in esame è il I semestre 2009 che viene confrontato con il relativo periodo dell'anno precedente.

Quale valore di riferimento è stato considerato il dato di spesa proveniente dai flussi amministrativi regionali e precisamente dalle Distinte Contabili Riepilogative. Tale flusso viene gestito dal Servizio Cnu del Csi-Piemonte.

E' opportuno rammentare che la riorganizzazione aziendale (Delibera del Consiglio Regionale del 22 gennaio 2008, n.163-3204) prevede non solo l'accorpamento delle Asl, ma anche la variazione, a decorrere dal 1° gennaio 2008, della competenza territoriale dei comuni di Venaria, Pianezza, Druento, S.Gillio, La Cassa e Givoletto.

I suddetti comuni prima della riorganizzazione aziendale afferivano all'ex Asl 106 (divenuta Asl 204), ora sono nell'ambito territoriale dell'attuale Asl 203.

Sebbene la nuova organizzazione aziendale sia entrata in vigore dal 1 gennaio 2008, la modifica di competenza territoriale è stata recepita nei flussi CNU solo a partire dal mese di Giugno 2008; questo significa che nei flussi CNU, per tutto il primo semestre 2008, le farmacie del distretto di Venaria sono state conteggiate ancora nell'ambito dell'ex Asl 106 (attuale Asl 204).

Per quanto sopra, al fine di confrontare correttamente i due periodi temporali in esame, si è provveduto a rideterminare i valori delle Asl 203 e 204, per il I° semestre 2008, con la nuova anagrafica delle farmacie.

Nel presente rapporto dunque, le 13 farmacie interessate dalla variazione della competenza territoriale sono state conteggiate nell'Asl 203.

SINTESI

- Il numero delle ricette è cresciuto, in regione Piemonte, nel I sem 2009, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente del **+4,91%**, con variazioni % che vanno dal **+6,97%** dell'Asl 204 al **+2,66%** dell'Asl 213;
- Il costo medio lordo per ricetta si attesta intorno ai 24€/ricetta, in lieve decremento (-1.24%) rispetto allo stesso periodo dell' anno precedente. I valori di costo medio per ricetta variano dai 25,38€/ricetta dell'Asl 211 ai 23,13 €/ricetta dell'Asl 210.
- La spesa lorda è cresciuta del **3.62%** (**+6,42%** Asl 204, **-2,51%**Asl 206), la spesa netta del **3,74%** (**+6.59%** dell'Asl 204 a **-2,23%**dell'Asl 206). La spesa lorda procapite si è attestata al valore di **110,09€**.
- Il ticket è incrementato a livello regionale dell' **1,79%**, con ragguardevoli differenze tra le Asl (i valori oscillano dal **+6,33** dell'Asl 205 al **-4,82%** dell'Asl 206: una differenza di oltre 11 punti percentuali). Si ipotizza che le diversità osservate siano riconducibili alle variazioni dei consumi essendo sostanzialmente stabile l'incidenza % del valore di ticket sulla spesa lorda complessiva.

spesa farmaceutica convenzionata I sem 2009

Asl	N° Ricette senza integrativa			Importo lordo (senza integrativa)			Importo Netto (senza integrativa)			Totale Ticket				Totale sconto			
	Isem08	Isem09	Δ% 09vs08	Isem08	Isem09	Δ% 09vs08	Isem08	Isem09	Δ% 09vs08	Isem08	Isem09	Δ% 09vs08	Inc% su Lorda09	Isem08	Isem09	Δ% 09vs08	Inc% su Lorda09
Asl 201	2.291.088	2.403.210	4,89%	57.724.891	60.051.369	4,03%	51.093.537	53.132.217	3,99%	3.139.285	3.310.444	5,45%	5,51%	3.492.069	3.608.709	3,34%	6,01%
Asl 202	1.875.776	1.968.220	4,93%	44.686.139	46.463.343	3,98%	39.893.569	41.496.957	4,02%	2.213.829	2.291.496	3,51%	4,93%	2.578.741	2.674.890	3,73%	5,76%
Asl 203	2.427.040	2.571.109	5,94%	58.467.289	61.426.088	5,06%	52.260.602	54.923.746	5,10%	2.970.438	3.108.633	4,65%	5,06%	3.236.249	3.393.709	4,87%	5,52%
Asl 204	2.209.865	2.363.917	6,97%	52.867.222	56.263.313	6,42%	47.402.207	50.526.639	6,59%	2.740.292	2.821.564	2,97%	5,01%	2.724.724	2.915.110	6,99%	5,18%
Asl 205	1.305.831	1.383.752	5,97%	31.526.923	33.329.094	5,72%	28.131.556	29.716.570	5,63%	1.594.445	1.695.370	6,33%	5,09%	1.800.922	1.917.154	6,45%	5,75%
Asl 206	870.770	894.706	2,75%	22.594.771	22.027.145	-2,51%	20.331.006	19.876.901	-2,23%	1.102.094	1.048.919	-4,82%	4,76%	1.161.670	1.101.325	-5,19%	5,00%
Asl 207	742.133	773.616	4,24%	18.288.430	18.858.644	3,12%	16.373.922	16.935.305	3,43%	960.241	939.505	-2,16%	4,98%	954.267	983.834	3,10%	5,22%
Asl 208	1.442.269	1.508.393	4,58%	36.949.758	38.191.685	3,36%	32.822.826	34.069.954	3,80%	2.007.973	2.001.007	-0,35%	5,24%	2.118.959	2.120.723	0,08%	5,55%
Asl 209	697.587	731.132	4,81%	16.573.274	17.076.744	3,04%	14.910.558	15.377.638	3,13%	892.411	890.481	-0,22%	5,21%	770.305	808.625	4,97%	4,74%
Asl 210	1.566.199	1.638.563	4,62%	36.662.926	37.892.316	3,35%	33.004.861	34.089.172	3,29%	1.914.910	1.959.724	2,34%	5,17%	1.743.155	1.843.419	5,75%	4,86%
Asl 211	717.967	746.353	3,95%	18.065.786	18.943.986	4,86%	16.177.872	16.994.422	5,05%	934.246	934.440	0,02%	4,93%	953.667	1.015.125	6,44%	5,36%
Asl 212	948.110	998.650	5,33%	22.364.125	23.371.759	4,51%	20.103.627	21.053.414	4,72%	1.194.699	1.183.220	-0,96%	5,06%	1.065.799	1.135.125	6,50%	4,86%
Asl 213	2.085.692	2.141.248	2,66%	50.839.165	50.630.936	-0,41%	45.682.768	45.632.626	-0,11%	2.752.462	2.669.184	-3,03%	5,27%	2.403.935	2.329.125	-3,11%	4,60%
Reg	19.180.327	20.122.869	4,91%	467.610.698	484.526.423	3,62%	418.188.912	433.825.560	3,74%	24.417.325	24.853.989	1,79%	5,13%	25.004.462	25.846.874	3,37%	5,33%

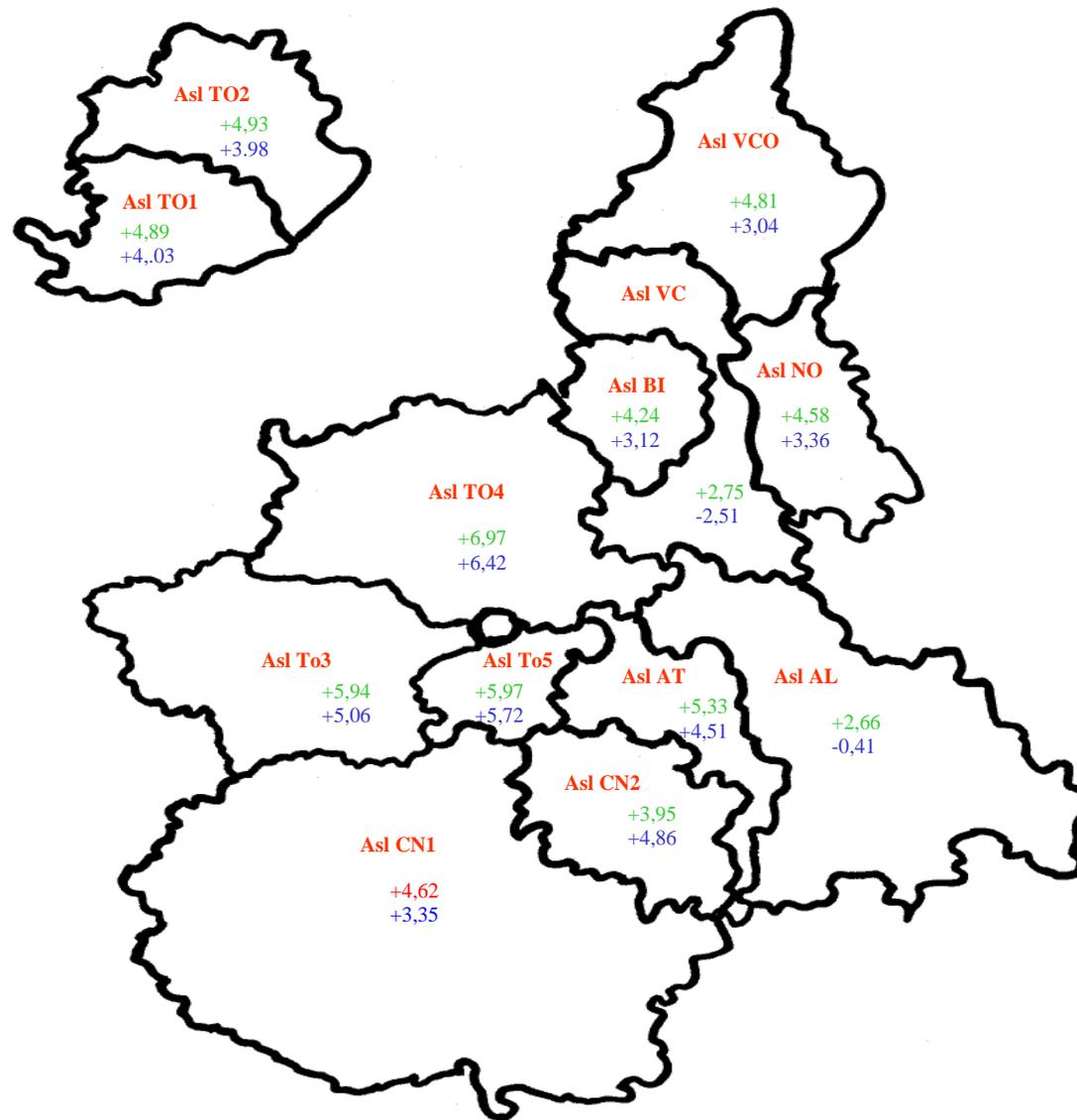
Fonte dati: Distinte Contabili Riepilogative

spesa farmaceutica convenzionata I sem 2009

Asl	popolaz pesata Istat 31.12.2007	Ricette procapite (pop pesata)			Costo medio Lordo per ricetta			ImpLordo procapite (pop pesata)			ImpNetto procapite (pop pesata)		
		Isem08	Isem09	Δ% 09vs08	Isem08	Isem09	Δ% 09vs08	Isem08	Isem09	Δ% 09vs08	Isem08	Isem09	Δ% 09vs08
Asl 201	374.174	6,12	6,42	4,89%	25,20	24,99	-0,82%	154,27	160,49	4,03%	136,55	142,00	3,99%
Asl 202	428.585	4,38	4,59	4,93%	23,82	23,61	-0,91%	104,26	108,41	3,98%	93,08	96,82	4,02%
Asl 203	580.423	4,18	4,43	5,94%	24,09	23,89	-0,83%	100,73	105,83	5,06%	90,04	94,63	5,10%
Asl 204	517.067	4,27	4,57	6,97%	23,92	23,80	-0,51%	102,24	108,81	6,42%	91,68	97,72	6,59%
Asl 205	296.045	4,41	4,67	5,97%	24,14	24,09	-0,24%	106,49	112,58	5,72%	95,02	100,38	5,63%
Asl 206	189.349	4,60	4,73	2,75%	25,95	24,62	-5,12%	119,33	116,33	-2,51%	107,37	104,97	-2,23%
Asl 207	191.251	3,88	4,05	4,24%	24,64	24,38	-1,08%	95,63	98,61	3,12%	85,61	88,55	3,43%
Asl 208	339.546	4,25	4,44	4,58%	25,62	25,32	-1,17%	108,82	112,48	3,36%	96,67	100,34	3,80%
Asl 209	181.018	3,85	4,04	4,81%	23,76	23,36	-1,69%	91,56	94,34	3,04%	82,37	84,95	3,13%
Asl 210	421.842	3,71	3,88	4,62%	23,41	23,13	-1,21%	86,91	89,83	3,35%	78,24	80,81	3,29%
Asl 211	169.404	4,24	4,41	3,95%	25,16	25,38	0,87%	106,64	111,83	4,86%	95,50	100,32	5,05%
Asl 212	218.210	4,34	4,58	5,33%	23,59	23,40	-0,78%	102,49	107,11	4,51%	92,13	96,48	4,72%
Asl 213	494.218	4,22	4,33	2,66%	24,38	23,65	-2,99%	102,87	102,45	-0,41%	92,43	92,33	-0,11%
Reg	4.401.132	4,36	4,57	4,91%	24,38	24,08	-1,24%	106,25	110,09	3,62%	95,02	98,57	3,74%

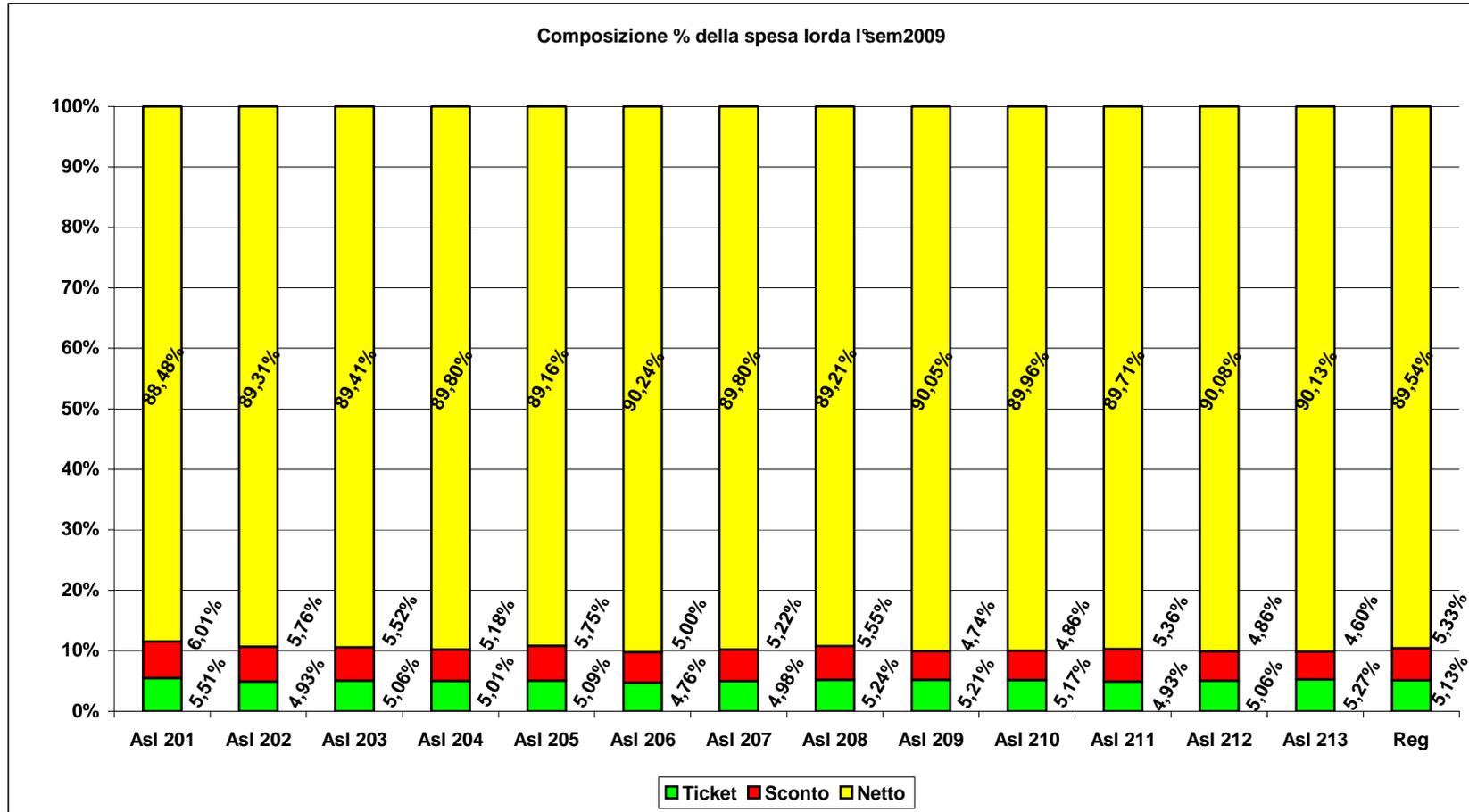
Fonte dati: Distinte Contabili Riepilogative

I°SEM 2009.CRESCITA % RICETTE E SPESA



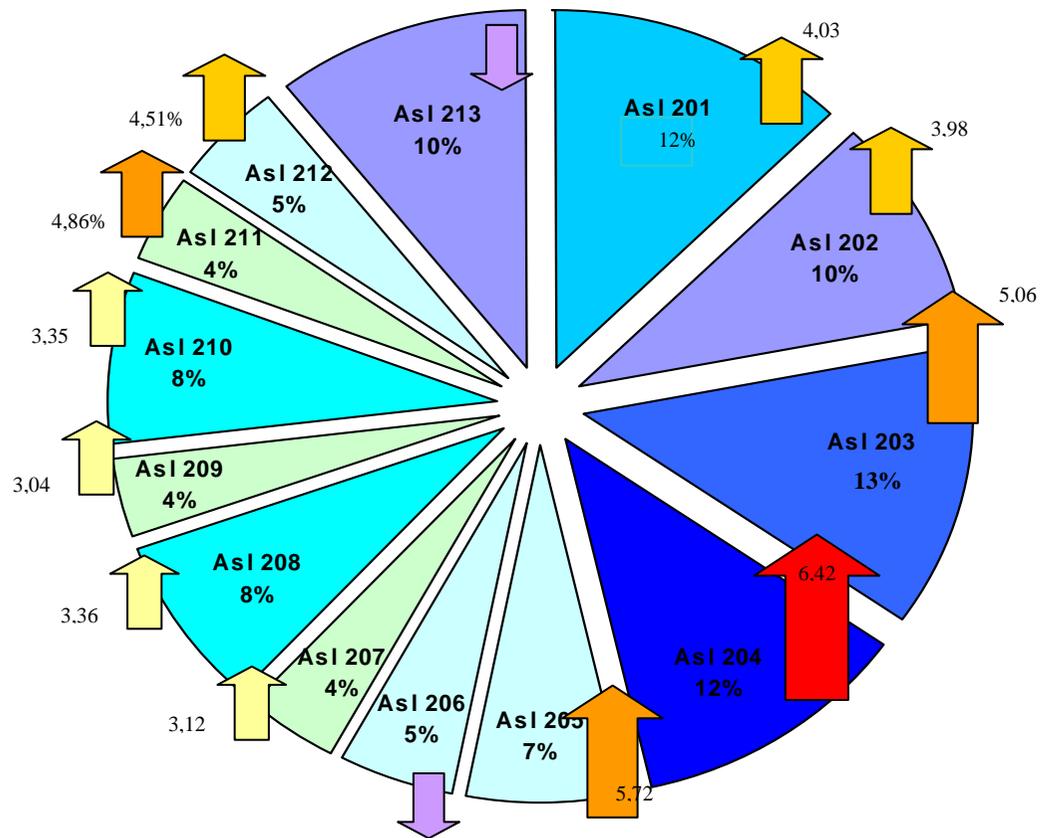
Verde: variazione % n° ricette
 Blu: variazione % Imp.Lordo

importo lordo i sem 2009

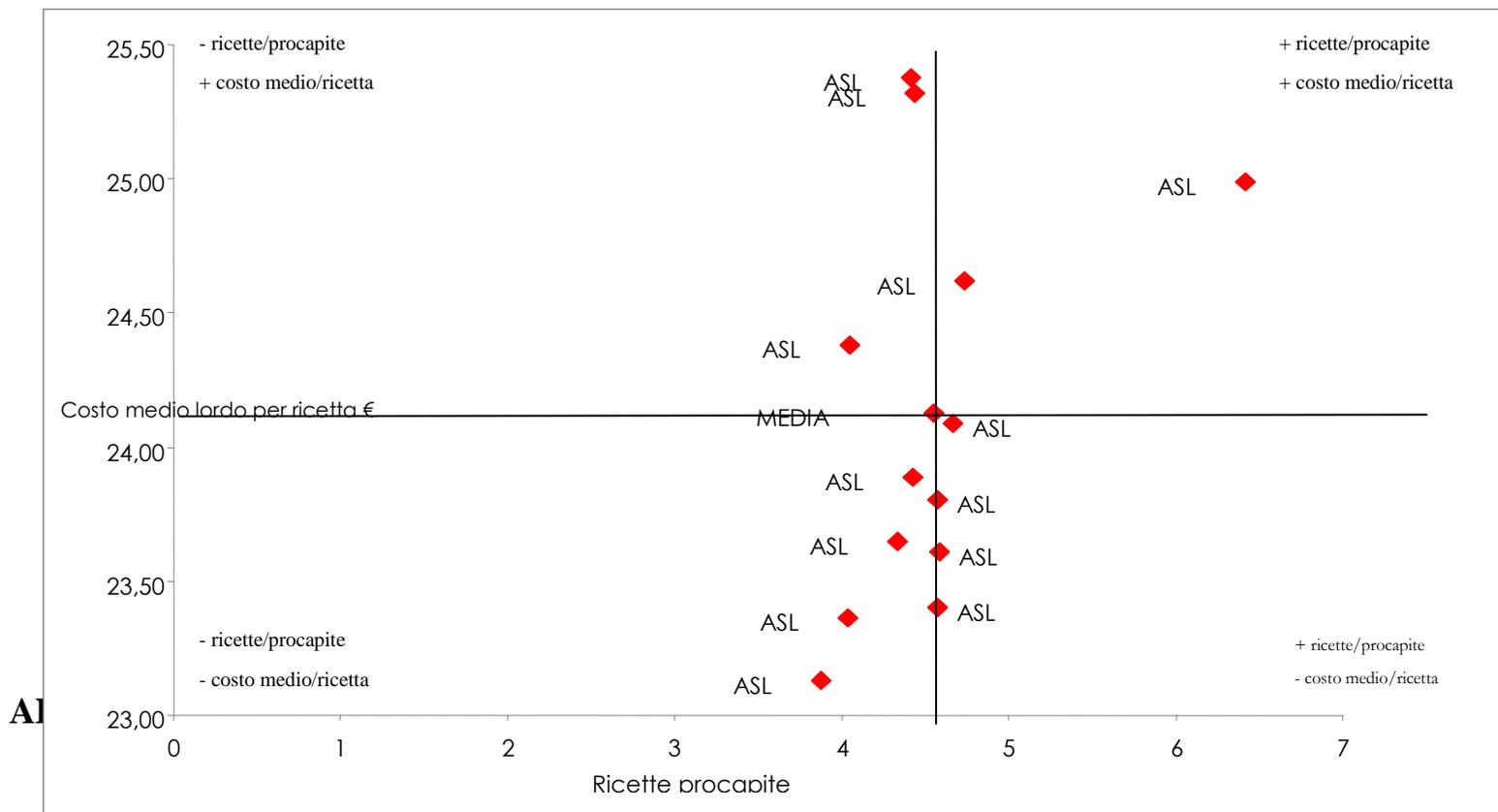


importo lordo i sem 2009

Composizione e crescita % , per Asl, della spesa lorda I sem 2009



costo medio per ricetta e ricette procapite I sem 2009



ALLEGATO E – Progetti Innovativi

SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO

La situazione di avvio dell'ASL AL ha visto una realtà profondamente disomogenea nelle tre AA.SS.LL., con difficoltà a rispondere prontamente ai bisogni emergenti.

Il sistema informativo è l'interfaccia dell'organizzazione e una buona organizzazione non può produrre effetti senza sistemi informativi di supporto che garantiscano i collegamenti tra le aree nevralgiche in maniera semplice ed efficace.

L'analisi della realtà ha evidenziato i seguenti problemi:

- obsolescenza o carenza di un'efficace rete informativa in alcuni settori chiave come i Distretti o i Dipartimenti territoriali;
- forte disomogeneità delle strutture informatiche nei sistemi sanitari degli Ospedali;
- necessità di rivedere le procedure di anagrafe e CUP;
- necessità di allineare i programmi legati alle realtà amministrative, realizzando upgrade ragionati rispetto all'esistente;
- carente o lenta risposta alle sfide imposte dai cambiamenti nell'ambito sanitario e soprattutto relative alla tracciabilità dei percorsi in chiave di risk management.

Si è decisa, quindi, una revisione di tutto il sistema informativo, con una definizione delle priorità tecniche e strategiche e un piano di interventi nel breve e medio termine.

Si è abbandonata la logica di interventi episodici mirati a risolvere in maniera non integrata i singoli problemi, per adottare un piano sistemico strettamente connesso alla strategia aziendale.

Sono necessari investimenti significativi, che saranno in parte compensati da economie di scala sulle tre ex AA.SS.LL. ottenute anche grazie ad interventi più organici.

Nell'ambito dell'area informatica, un progetto di grande innovazione è rappresentato dal **Sistema RIS** (Radiology Information System) per la gestione del paziente (prenotazione, accettazione, refertazione, statistiche) e **PACS** (Picture Archive Computed System) per la gestione delle immagini diagnostiche in formato digitale.

L'introduzione di sistemi radiologici digitali, ha portato innumerevoli vantaggi sul servizio offerto e in particolare:

- la possibilità di elaborare con specifici algoritmi l'immagine acquisita, migliorandone la qualità e l'accuratezza diagnostica
- l'incremento dell'efficienza e della produttività
- la possibilità di sviluppare teleradiologia

- il miglioramento del flusso di lavoro, nonché l'integrazione con sistemi informativi aziendali esterni HIS e CUP
- la possibilità di fusione delle immagini con quelle provenienti dalle modalità diagnostiche digitali
- l'inoltro di immagini alle strutture interne dei presidi ospedalieri con un risparmio economico per l'assenza di copie su lastre fisiche.
- la consegna al paziente di immagini radiologiche su CD/DVD

Per quanto riguarda il percorso di informatizzazione dei MMG e PLS, è stato avviato un sistema di monitoraggio finalizzato all'analisi della spesa sanitaria e livello provinciale.

In particolare, sono stati elaborati report contenenti dati relativi all'appropriatezza prescrittiva per farmaci e prestazioni sanitarie al fine di consentire una puntuale analisi sull'andamento della spesa sanitaria.

I progetti di sviluppo in questo settore saranno orientati a migliorare i rapporti di collaborazione con i MMG e i PLS, attraverso l'invio dei referti direttamente nella cartella clinica informatizzata dei medici curanti, al fine di favorire un migliore percorso di cura ed integrazione con tra le strutture ospedaliere e territoriali.

E' altresì in fase di definizione, grazie al contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Tortona e di Privati, un progetto innovativo di informatizzazione per i medici di Medicina Generale. Il progetto comporterà il coinvolgimento, in via sperimentale, circa 40 Medici di medicina Generale del Distretto di Tortona per poi estendersi all'intera ASL. L'obiettivo è quello di offrire un migliore servizio agli utenti. Il progetto sarebbe il primo del genere attuato in Piemonte mentre in altre regioni è già stato sperimentato con successo.

STERILIZZAZIONE

L'attività di sterilizzazione ha assunto nel corso degli ultimi anni una valenza rilevante nel percorso di cura, sia per la sua essenzialità propedeutica all'atto chirurgico, sia per la valenza medico legale e di responsabilità connesse con il fenomeno delle infezioni ospedaliere.

A conferma di ciò, si registra la sempre maggiore attenzione sui processi di sterilizzazione sia per quanto riguarda gli aspetti connessi con l'Accreditamento Istituzionale, sia con la rintracciabilità del ferro sterile, essenziale nella prevenzione e correzione degli eventi infettivi, sia infine rapportando tale tematica con quella del Risk Management.

Nella rete dei presidi ospedalieri dell'ASL AL, solo il P.O. di Novi Ligure è dotato di una Centrale di sterilizzazione adeguata, di recente attivazione (anno 2004).

Negli altri Presidi Ospedalieri l'attività di sterilizzazione è invece effettuata in numerosi punti di sterilizzazione, che impegnano molto personale sia direttamente che per quanto riguarda i trasporti.

L'attività è fortemente parcellizzata, qualitativamente non sempre idonea per mancanza di adeguate strutture e di attrezzature efficienti ed è molto onerosa sia per i costi del personale e di logistica, che per la manutenzione di attrezzature ed impianti.

La realizzazione di un'attività di sterilizzazione dovrebbe invece rispondere alle esigenze di una realtà sanitaria complessa e a standard qualitativi e di sicurezza adeguati, oltre che di economicità nella gestione.

Sulla logica di tali premesse, il progetto di ristrutturazione/razionalizzazione delle attività di sterilizzazione nell'ASL AL è stato quindi impostato con una gara di appalto per la fornitura a noleggio di strumentario chirurgico in kit sterili, che tenesse conto delle garanzie da offrire agli utilizzatori e alla continuità del servizio

Tale impostazione, vista la rilevanza del progetto e la sua valenza strategica, si qualifica peraltro attraverso alcuni elementi quali:

- a) la scelta da parte dei chirurghi delle più idonee ed adeguate tipologie di ferri chirurgici;
- b) l'adeguamento dei processi di gestione e trattamento degli strumenti chirurgici in particolar modo nelle fasi critiche di decontaminazione, confezionamento, sterilizzazione e movimentazione rigorosamente sicuri per gli assistiti e per gli operatori di settore. Ciò include inoltre la tracciabilità di tutte le fasi di processo con intuibili risvolti clinici e medico-legali;
- c) la previsione, oltre alle garanzie di rito proprie di un contratto di fornitura, di una serie di interventi atti a garantire la continuità del servizio in presenza di eventi imprevedibili, quali la disponibilità di una seconda centrale di sterilizzazione e le modalità per la gestione dell'emergenza;
- d) la costituzione di una commissione tecnica composta da specialisti sanitari individuati dall'ASL, che opererà dopo l'affidamento del servizio a garanzia ulteriore del buon andamento e controllo della fornitura.

PROGETTO CARTELLE CLINICHE

Il servizio di gestione in outsourcing dell'archivio delle cartelle cliniche è stato avviato lo scorso mese di Luglio a seguito di gara d'appalto affidata alla ditta Consorzio CSA di Roma.

L'attività prevede l'affidamento all'esterno delle cartelle cliniche di 5 dei 6 presidi ospedalieri afferenti all'ASL Alessandria, oltre 2 ospedali non più in esercizio ma il cui archivio è stato trasferito presso il presidio di Casale Monferrato per competenza; rimane, per il momento, fuori il Presidio di Tortona.

Nel dettaglio, si è affidata la custodia, la gestione e l'informatizzazione di tutte le cartelle cliniche per 7 anni.

Attualmente la ditta ha già provveduto al trasferimento di tutte le cartelle che le Direzioni Sanitarie di Presidio hanno reso disponibili, in totale circa 8.500 metri lineari, e sono state effettuate già circa 1.250 richieste di cartelle cliniche, il 90% di queste ha dato esito positivo per la consegna.

Il servizio consente di conseguire alcuni importanti vantaggi per l'Azienda:

1. raccogliere tutti gli archivi sanitari in un'unica struttura;
2. ricognizione generale dello stato degli archivi e del materiale in possesso dei Presidi;
3. informatizzazione di tutto il patrimonio documentale (le cartelle cliniche non possono essere assoggettate a scarto d'archivio, per cui devono essere conservate illimitatamente);
4. controllo e monitoraggio centralizzato delle richieste di consultazione e rilascio di documentazione in copia;
5. certezza del costo da sostenere, essendo il servizio affidato per 7 anni;
6. maggiore efficacia dell'azione amministrativa;
7. maggiore efficienza della qualità del servizio percepito dal cittadino-utente.

Attualmente il servizio sta per essere implementato con la realizzazione di un portale web ad uso delle strutture sanitarie dell'Azienda che consente agli utenti autorizzati di richiedere la copia digitale della cartella clinica, consultarla, se già disponibile, stamparla e consegnarla all'utenza.

A breve, con l'avvio del servizio di digitalizzazione massiva, si potrà consegnare la cartella clinica all'utenza real-time dalla richiesta; inoltre, si sta già lavorando per consentire al cittadino-utente di poter effettuare la richiesta di cartella clinica da casa e riceverla comodamente in posta elettronica o anche in posta ordinaria. Queste attività consentiranno di raggiungere un sempre maggior numero di utenti, anche di coloro i quali per motivi vari hanno difficoltà a raggiungere le sedi degli ospedali, nell'ottica di una sempre maggiore efficienza dei servizi sanitari non primari, e di una sempre maggiore soddisfazione del cittadino-utente.

SPERIMENTAZIONE GESTIONALE PER L'INVIO TELEMATICO DELLE RICETTE DA PARTE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Negli ultimi giorni del 2010 è partita dall'ASL AL la sperimentazione nazionale per l'invio telematico delle ricette dei Medici di Medicina generale.

Dallo studio medico del dottor Francesco Boccalatte in Casale Monferrato, alla presenza di SOGEI (Ministero dell'Economia e delle Finanze), della Regione Piemonte ed ASL AL, sono state trasmesse al sistema del Ministero le prime ricette oggetto della fase sperimentale che coinvolgerà oltre 100 medici di medicina generale e pediatri di libera scelta di tutta la Regione Piemonte, partecipante al progetto ministeriale quale esperienza pilota insieme alla Regione Campania.

Il risultato finale di tale sperimentazione sarà la "ricetta elettronica" che, partendo dallo studio del medico prescrittore, arriverà direttamente a destinazione all'erogatore della prestazione, cioè al farmacista, nel caso di una prescrizione di farmaci, o all'ambulatorio specialistico, nel caso di una richiesta di approfondimento diagnostico.

Le tappe intermedie di questo lungo percorso consentiranno, nel frattempo, al Ministero ed alle Regioni di disporre di informazioni in tempo reale in ordine all'andamento delle

prescrizioni, documentando le risultanze tra ciò che è stato prescritto e ciò che è stato effettivamente erogato dalle strutture sanitarie pubbliche e private del Servizio Sanitario Nazionale.

Un percorso di sperimentazione interessante, ma sul quale sono ancora necessari specifici approfondimenti; la scelta di partire da uno studio di medici che aderiscono alla forma associativa di medicina di gruppo è segno dell'attenzione ai cambiamenti in essere nel settore della medicina generale, codificati nella nuova convenzione sottoscritta con le organizzazioni sindacali mediche.

ALLEGATO F

MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

La collaborazione diretta con i MMG e PLS è stata una delle principali azioni poste in essere per avviare una incisiva azione sull'attività territoriale, anche in ragione di una continuità assistenziale post ospedaliera.

Pur in presenza di un unico accordo nazionale e regionale, l'unificazione dell'ASL ha messo in evidenza la presenza di tre differenti modelli relazionali ed organizzativi tra medici di medicina generale e servizi distrettuali e territoriali, con conseguenti ricadute anche dal punto di vista degli accordi economici relativi al budget di distretto.

Con la collaborazione dei sindacati medici si è avviato un significativo percorso di razionalizzazione che, partendo dalla presa d'atto della situazione 2007, in cui sostanzialmente si erano prorogati i comportamenti in essere nelle vecchie aziende ASL, uniformando però le varie realtà secondo un comune indirizzo, ha portato alla stesura di un vero e proprio accordo su tutta la materia contrattuale delegata alle ASL, che ha comportato anche una differente distribuzione degli obiettivi aziendali, con l'estensione a tutti i medici dell'ASL AL e con la riduzione delle somme destinate all'accordo aziendale.

La strategia seguita è stata quella di individuare i progetti previsti da accordi regionali e nazionali, e ricondurre gli stessi ad un accordo complessivo, a cui aggiungere gli specifici progetti aziendali da finanziare tramite risparmi, in particolare sulla farmaceutica territoriale.

Nel contesto di tale accordo si è superata la criticità rappresentata dal riconoscimento della contattabilità telefonica in assenza di completa definizione dell'art.12 AIR, mantenendo il servizio, se pur ridimensionato, quale progetto di governo clinico.

Il quadro progettuale complessivo emerso è stato il seguente:

ART 17 (governo clinico) sono stati concordati i progetti di contattabilità telefonica (quota oraria di disponibilità del medico a 6 ore giornaliere, con obbligo per ciascun medico di comunicazione all'asl e agli assistiti della fascia oraria scelta) e di adesione al progetto linee guida/ liste di attesa promosso dalla Regione Piemonte (predisposizione del quesito diagnostico e indicazione delle classi di priorità)

ART 9 (Equipe Territoriale) è stata concordato progetto BPCO

ART 19 (progetto distrettuale) è stato concordato il progetto di incremento di distribuzione diretta dei farmaci, lasciando tuttavia agli UCAD la possibilità di declinare tale progetto a livello distrettuale

Per ciò che riguarda il finanziamento aziendale di tale accordo, negli anni precedenti venivano riconosciuti 6,2 euro, in ragione di un accordo aziendale sperimentale, non presente nelle altre realtà aziendali regionali. Per il 2009 si è convenuta una quota massima di 5,4 euro a paziente, in ragione del raggiungimento di progetti sperimentali

specifici, nell'ottica degli obiettivi regionali, del miglioramento dell'assistenza, delle linee strategiche emergenti a livello nazionale e regionale

Gli obiettivi progettuali finanziati con la quota aziendale sono stati:

- 1- progetto Statine: adesione fattiva al progetto attraverso l'utilizzo delle Carte di Rischio e mantenimento (per i già virtuosi) o diminuzione del numero di pezzi delle statine più costose rispetto al numero di pezzi del 2008 di ogni singolo medico;
- 2- Farmaci a brevetto scaduto: aumento della quota rispetto al 2008
- 3- Appropriatezza prescrittiva: riconduzione della spesa media procapite alla media regionale o, in subordine, alla migliore media distrettuale aziendale.

L' accordo ha validità biennale, salvo per quei progetti con validità annuale. E potrà essere aggiornato su richiesta delle parti.

Per i pediatri di libera scelta si sono confermati i progetti di boel test. Ambliopia e scoliometria, con l'introduzione dello specifico progetto obesità per il monitoraggio ed il controllo dei casi di bambini individuati in soprappeso.

E' confermata, con tendenza ad incrementare, la situazione dei medici inseriti in associazioni e gruppi che, pertanto, svolgono la propria attività nello stesso studio con personale di appoggio condiviso.

Tale organizzazione del lavoro, unita all'accordo sulla contattabilità telefonica, consente ai cittadini di accedere ai servizi offerti dal proprio medico curante con maggior facilità.

I MMG sono stati, inoltre, protagonisti nello sviluppo che in questi anni, su tutto il territorio dell'ASL, hanno avuto le cure domiciliari e le cure palliative, consentendo la permanenza del paziente nel proprio nucleo familiare, riducendo sensibilmente il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione.

Nel costante confronto in essere con le associazioni di categoria, particolare rilievo sta avendo il confronto sull'attivazione della Casa della Salute e dei gruppi di cure primarie, al pari del proficuo coinvolgimento registrato sulla gestione integrata del diabete, che ha visto non soltanto una significativa adesione da parte della popolazione rientrante nei requisiti richiesti, ma anche il proficuo confronto tra diabetologi ospedalieri e medici di medicina generale al fine di sviluppare comuni sinergie che consentano la piena realizzazione del progetto, con una effettiva riduzione del carico di lavoro per le strutture ospedaliere, per ora soltanto atteso, ma rispetto al quale è stata fornita esplicita indicazione da parte di codesta Direzione.

ALLEGATO G

"CENTRO REGIONALE PER LA RICERCA, LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DEI RISCHI DA AMIANTO"

CASALE MONFERRATO - ASL - AL

Programmazione delle attività per i prossimi 15 mesi

<i>Premessa</i>	<i>pag 2</i>
	.
<i>Aggiornamento del "Piano Regionale Amianto"</i>	<i>pag 3</i>
	.
<i>Attività Clinico/Sanitaria e di informazione</i>	<i>pag 3</i>
	.
<i>Coordinamento nazionale dei progetti del CCM del Ministero della Salute</i>	<i>pag 4</i>
	.
<i>Altre attività</i>	<i>pag 7</i>
	.
<i>Cronoprogramma CCM</i>	<i>Pag 9</i>
	.

PROGRAMMA DI LAVORO E DETTAGLIO DELLE ATTIVITÀ DEL "CENTRO REGIONALE PER LA RICERCA, LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DEI RISCHI DA AMIANTO" DI CASALE MONFERRATO.

Premessa

La Regione Piemonte, con DGR 80-6707 del 03/08/2007, ha deciso di costituire il «Centro regionale per la ricerca, la sorveglianza e la prevenzione dei rischi da amianto», attribuendo allo stesso funzioni sovrazionali e collocandone nel contempo la sede a Casale Monferrato nell'ambito dell'ASL - AL, in virtù dell'esperienza che l'ASL 21 (Azienda Sanitaria Locale di competenza territoriale) ha maturato, in ambito sia sanitario sia ambientale, proprio sulle tematiche connesse alla contaminazione da amianto e alla sua esposizione. Le principali funzioni del costituendo Centro sono state definite dalla Giunta regionale contestualmente alla sua istituzione, infatti la stessa DGR fissa anche gli obiettivi generali che il Centro dovrà perseguire. Tali obiettivi sono così definiti:

- la salvaguardia e la tutela della salute rispetto all'inquinamento da fibre di amianto;
- la promozione della rimozione dei fattori di rischio indotti dall'amianto;
- il sostegno alla ricerca e alla sperimentazione nel campo della prevenzione e della terapia sanitaria;
- la promozione di attività di ricerca e la sperimentazione di tecniche per la bonifica e il recupero dei siti contaminati;
- la promozione di iniziative di educazione e informazione mirate a ridurre il rischio amianto.

Le linee di indirizzo programmatico affidate al Centro di Casale spaziano, globalmente, dalla gestione ordinaria e straordinaria delle problematiche correlate all'amianto (anche rispetto alla questione delle bonifiche delle aree a rischio e della sicurezza sui luoghi di lavoro) alla sorveglianza epidemiologica della popolazione intesa sia come ex lavoratori esposti a rischio amianto, sia come popolazione non professionalmente esposta.

Analogamente la Legge regionale 14 ottobre 2008, n. 30. "Norme per la tutela della salute, il risanamento dell'ambiente, la bonifica e lo smaltimento dell'amianto", individua nel Centro il momento di raccordo e coordinamento di tutte le azioni mirate alla ricerca, sorveglianza e prevenzione dei rischi da amianto e ne prevede la consultazione da parte della Giunta Regionale per l'emanazione di provvedimenti riguardanti lo specifico settore (art. 3, comma 2).

La prima di tali consulenze è riportata nel testo della stessa Legge e riguarda l'aggiornamento del Piano Regionale Amianto (art. 7)

Ai fini del perseguimento degli obiettivi, tre sono sostanzialmente i compiti affidati al Centro e più precisamente:

- 1) l'aggiornamento e la gestione del «Piano Regionale Amianto»;
- 2) la pianificazione strategica delle attività di ricerca sull'epidemiologia, la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle patologie legate all'amianto;
- 3) il coordinamento nazionale dei progetti del CCM del Ministero della Salute su questo tema.

Per il raggiungimento degli obiettivi prefissati il Centro si avvarrà di proprio personale e soprattutto della qualificata collaborazione con altre strutture già presenti a livello regionale ed operanti ciascuna in un proprio specifico settore (tutela ambientale, diagnosi e cura, epidemiologia, ricerca universitaria, ecc) con unanime riconoscimento di qualità operativa ed efficacia. Le Strutture di riferimento (Sedi Universitarie, Centri di eccellenza, Reti oncologiche, ARPA, CPO, ecc) verranno indicati dal Comitato Tecnico Scientifico, sulla scorta dei compiti di volta in volta affidati al Centro.

1) Aggiornamento del "Piano Regionale Amianto"

La revisione del documento in questione (DGR 05/02/2001 n° 51-2180), costituisce la prima scadenza da rispettare ed è per tale motivo che è stato il primo impegno a suo tempo assunto, sia per specifica richiesta da parte dell'Assessorato regionale, sia in considerazione a tempi di realizzazione, previsti dalla LR n° 30.

L'attività di verifica è stata condotta da un gruppo di lavoro per la maggior parte costituito da professionalità appartenenti al Comitato tecnico-scientifico atteso che all'epoca il Centro di Casale ancora non esisteva.

Un grande aiuto nella stesura del nuovo documento è stato fornito da ARPA e dall'Assessorato all'Ambiente. La stesura del nuovo PRA infatti utilizza il canovaccio di sviluppo a suo tempo elaborato da ARPA che ricalca, ovviamente, nella sua strutturazione, quella già prevista nella stesura del precedente Piano. Attualmente il documento è in fase di rifinitura e se ne prevede l'ultimazione entro il corrente mese di settembre. Alcune parti attualmente mancanti sono state oggetto di emanazione di recente normativa.

2) Attività Clinico/Sanitaria (Dott. BETTA) e di informazione

Deve occuparsi di tutti gli aspetti di natura sanitaria connessi alle patologie amianto-correlate lavorando alla stregua di un Gruppo Interdisciplinare (GIC) con i migliori centri, compresi quelli Universitari, presenti sul territorio regionale. Dovrà procedere alla stesura di percorsi integrati tra il livello ospedaliero che extra ospedaliero, comprensivi anche delle fasi terminali, prevedendo il necessario supporto psicologico sia per i pazienti che per i familiari, dato l'ampio risvolto sociale di queste malattie. Il gruppo di lavoro dovrà essere pronto a recepire in tempo reale le eventuali informazioni innovative che dovessero emergere dalla letteratura e dalle Autorità Sanitarie.

Operativamente dovrà intervenire sui seguenti capitoli tematici, di seguito elencate per punti.

1. predisposizione di campagne di educazione sanitaria volte a migliorare gli stili di vita (in particolare contro l'uso di tabacco sui cui effetti nocivi l'amianto funge da elemento moltiplicatore)
2. Sviluppo e crescita della Banca Biologica del Mesotelioma Maligno (Centro di riferimento Regionale) attraverso il coinvolgimento non solo della ex ASL 21 di Casale Monferrato ma anche di tutte le ASR.
3. Scelta delle modalità e dei canali di informazione attraverso cui fornire agli utenti ogni elemento di conoscenza ritenuto necessario ad attuare una corretta prevenzione dei rischi da amianto ma anche ogni utile indicazione per chi deve intraprendere un percorso di diagnosi e cura.
4. Fornire un quadro aggiornato della situazione di rischio riconducibile alla dispersione di amianto in Piemonte. Quasi un bollettino meteorologico che oltre a riferire in merito all'andamento delle attività di bonifica, fornisca anche indicazioni procedurali ed amministrative utili a facilitare tale attività (es. art. 9. LR n° 30/08)

Su altre tematiche più pertinenti alla disciplina epidemiologica sono impegnate strutture esterne al Centro (es. CPO,) che hanno già attivato specifici filoni di ricerca

1. sorveglianza dei lavoratori impiegati nelle imprese che hanno utilizzato amianto.
2. sorveglianza epidemiologica sullo stato di salute della popolazione non esposta professionalmente.
3. costruzione ed elaborazione di elenchi quanto più possibile completi di esposti ad amianto sui quali attuare l'azione di monitoraggio;
4. documentazione e revisione della letteratura tematica;
5. valutazione delle evidenze relative alla sorveglianza sanitaria degli esposti ed ex esposti ad amianto;
6. centro di documentazione sulla normativa amianto.
7. registro dei Mesoteliomi Maligni.

8. gestione degli elenchi quanto più possibile completi di tutte le persone esposte professionalmente ad amianto (ex esposti ed attualmente esposti)

3) Coordinamento nazionale dei progetti del CCM del Ministero della Salute

Enorme il ritardo accumulatosi fino ad oggi rispetto alle tabelle di attuazione a suo tempo previste dal documento sottoscritto dalla Regione Piemonte e dal Ministero della Salute. Praticamente si è di fronte ad una problematica per alcuni aspetti non ancora affrontata. Dovendo lavorare in un contesto interregionale è di fondamentale importanza creare preliminarmente una rete di contatti che costituirà il fondamentale presupposto per la realizzazione di ogni futuro gruppo di lavoro. Per raggiungere lo scopo si è pensato di contattare ogni Assessorato Regionale alla Sanità per ottenere da ciascuno un preciso riferimento nominativo che entrerà di diritto nel gruppo di lavoro.

Le tre problematiche previste dai CCM sono:

- Possibile esposizione indebita dei lavoratori e contaminazione dell'ambiente a fibre di amianto ed a fibre asbestiformi pericolose di origine naturale;
- Mancanza di elenchi quanto più possibile completi di esposti ad amianto sui quali attuare l'azione di monitoraggio e di indirizzi chiari concreti e praticabili dal punto di vista legislativo su chi si debba far carico degli accertamenti sanitari e quali siano i controlli clinici di base previsti per il lavoratore all'atto della cessazione, del rapporto di lavoro qualora coincidente con la cessazione dell'attività esponente
- Assenza di coordinamento, in ambito nazionale, della normativa relativa all'amianto

Relativamente alle tre problematiche previste dai CCM, la seconda e la terza già sono oggetto di lavoro e per lo stato di attuazione si rimanda al documento prot. N° 32752/DB2000 del 02/09/2009 (di cui si produce copia), si tratta a questo punto di rivedere soprattutto le schede di progetto relativamente al problema 1). Le attività all'epoca previste possono essere così brevemente riassunte e modificate.

Obiettivo Generale	Contenimento dell'esposizione a fibre di amianto ed a fibre asbestiformi pericolose di origine naturale al fine della riduzione delle patologie correlate nei lavoratori esposti e della difesa dell'ambiente	
Obiettivo specifico 1	Acquisizione dei dati sui censimenti regionali relativamente all'amianto friabile ai sensi dell'art. 12, c.5, Legge 257/92 al fine del miglioramento delle conoscenze e della riduzione del rischio da esposizione indebite	
Indicatore di risultato	Costituzione di una Banca dati nazionale contenente i dati relativi alla presenza di amianto friabile derivati dai censimenti regionali	
Standard di risultato	Invio da parte di almeno il 50% della Regioni e Province Autonome dei dati	
Azione	Indicatore di processo	Standard di processo
Richiesta alle Regioni dei dati sull'amianto friabile raccolti con i censimenti secondo il	Invio della richiesta dati. Almeno una riunione con i rappresentanti individuati dalla singole Regioni.	Entro il 30/11 c.a.

modello proposto dal DM 06/09/1994		
Acquisizione dei dati regionali	Prime considerazioni sui reports pervenuti (omogeneità, quantità e qualità, supporto informatico utilizzato, ecc.)	Entro il 31/01/2010
Realizzazione di un software per la gestione dei dati raccolti	Costituzione di una Banca Dati Nazionale	Entro il 31/12/2010

Obiettivo Generale	Contenimento dell'esposizione a fibre di amianto ed a fibre asbestiformi pericolose di origine naturale al fine della riduzione delle patologie correlate nei lavoratori esposti e della difesa dell'ambiente	
Obiettivo specifico 2	Risoluzione delle problematiche relative alle attività lavorative in presenza di amianto in matrice naturale ed in particolare di pietre verdi	
Indicatore di risultato	Realizzazione di un Disciplinare Tecnico	
Standard di risultato	Recepimento normativo del Disciplinare Tecnico	
Azione	Indicatore di processo	Standard di processo
Richiesta alle Regioni dei dati relativi al censimento dei siti estrattivi di Pietre Verdi	Invio della richiesta dati. Almeno una riunione con i rappresentanti individuati dalla singole Regioni.	Entro il 30/11 c.a.
Acquisizione dei dati regionali	Prime considerazioni sui report pervenuti (omogeneità, quantità e qualità, supporto informatico utilizzato, ecc.)	Entro il 31/03/2010
Revisione delle metodiche utilizzate per la definizione dei criteri di accettabilità del materiale estratto se contenente amianto	Proposta di modifica delle metodiche attualmente utilizzate e richiesta di consenso da parte del Ministero della Salute, CNR, ISS, ISPESL.	Entro il 30/09/2010
Definizione di un disciplinare tecnico relativo alle attività/lavorazioni in aree con presenza o sospetta presenza di amianto in matrice naturale	Approvazione del disciplinare tecnico da parte delle Regioni ed elaborazione di una bozza di adeguamento normativo.	Entro il 31/12/2010

Obiettivo Generale	Contenimento dell'esposizione a fibre di amianto ed a fibre asbestiformi pericolose di origine naturale al fine della
--------------------	---

	riduzione delle patologie correlate nei lavoratori esposti e della difesa dell'ambiente	
Obiettivo specifico 3	Predisposizione di disciplinare tecnico/linee guida per le problematiche connesse all'amianto in occasione della realizzazione di grandi opere ambientali a rischio amianto.	
Indicatore di risultato	Realizzazione del Disciplinare Tecnico	
Standard di risultato	Recepimento normativo del Disciplinare Tecnico	
Azione	Indicatore di processo	Standard di processo
Richiesta alle Regioni e MATT di eventuali dati di monitoraggio relativi ad attività di scavo per grandi opere ed eventuali disciplinati tecnici predisposti per analoghe attività in sospetta presenza di amianto naturale.	Invio della richiesta dati. Almeno una riunione con i rappresentanti individuati dalla singole Regioni.	Entro il 31/12/2009
Acquisizione dei dati regionali	Prime considerazioni sui report pervenuti (omogeneità, quantità e qualità, supporto infor. utilizzato, ecc.)	Entro il 30/06/2010
Definizione di un disciplinare tecnico relativo alla gestione del rischio amianto nelle grandi opere ambientali	Approvazione del disciplinare tecnico da parte delle Regioni con elaborazione di una bozza di Circolare Ministeriale	Entro il 31/12/2010

Obiettivo Generale	Contenimento dell'esposizione a fibre di amianto ed a fibre asbestiformi pericolose di origine naturale al fine della riduzione delle patologie correlate nei lavoratori esposti e della difesa dell'ambiente	
Obiettivo specifico 4	Predisposizione di Linee Guida relative all'esposizione a fibre asbestiformi pericolose di origine naturale.	
Indicatore di risultato	Realizzazione delle Linee Guida	
Standard di risultato	Recepimento normativo delle Linee Guida	
Azione	Indicatore di processo	Standard di processo
Revisione della letteratura per definire una lista di fibre asbestiformi naturali di sospetta pericolosità (ultimi 4 anni)	Definizione di un gruppo di lavoro con almeno tre rappresentanti della Comunità scientifica per la stesura della lista	Entro il 31/03/2010
Individuazione delle aree con presenza di fibre asbestiformi pericolose su indicazione regionale. Stesura di Linee Guida	Invio alle Regioni della lista con richiesta di informazioni sulle aree con sospetta presenza di tali fibre. Elaborazione di Linee Guida	Entro il 31/12/2010

Organizzazione di un Convegno Nazionale sull'Esposizione a fibre asbestiformi di sospetta pericolosità		A fine progetto
--	--	-----------------

Altre attività

Oltre agli obiettivi di cui sopra, il cui raggiungimento è da ritenere prioritario e di vitale importanza per la sopravvivenza del Centro, esiste poi tutta una serie di compiti specifici e propri del Centro che ovviamente non possono essere trascurati. Tra questi si è ritenuta prioritaria ed irrinunciabile l'attività di formazione ed informazione.

In ottemperanza a tale assunto si propone di realizzare nel corso del 2010, grazie all'attività di uno specifico gruppo di lavoro da istituire allo scopo, i supporti informativi multilingue da mettere a disposizione di tutti gli Enti che svolgono compiti di formazione nei confronti degli addetti alle attività di bonifica da amianto.

Praticamente terminato invece il primo lavoro prodotto dal CRA: la raccolta delle ricerche in tema di salute ed amianto fatte da studiosi piemontesi e recensite su Medline. Si tratta di 244 lavori che debitamente raccolti e catalogati, costituiscono una prima base di conoscenze su cui costruire le future strategie di ricerca.

Per ultimo, ma non certo per importanza, il CRA intende organizzare e gestire in prima persona un proprio sito svolto, Web ove rendere immediatamente usufruibili da parte degli utenti i frutti del lavoro anche attraverso la realizzazione di uno specifico forum. Tutto ciò sarà possibile nel giro di un anno circa a far data dalla effettiva disponibilità di una professionalità esperta in informatica di cui al momento il Centro non dispone.

ALLEGATO H

LE POLITICHE PER GLI ANZIANI

Il problema della non autosufficienza rappresenta uno dei problemi sanitari più rilevanti nel nostro paese; nella provincia di Alessandria, la cui struttura di popolazione evidenzia una popolazione tra le più anziane d'Italia, il problema rischia di diventare, nei prossimi anni, una vera e propria emergenza.

Nelle tre realtà territoriali che costituiscono la provincia di Alessandria (ASL 20- Alessandria Tortona- ASL 21 Casale Valenza ASL 22 Acqui Novi Ovada) si erano sviluppati nel corso degli anni modelli differenti di gestione delle problematiche suddette, con liste d'attesa rilevanti e con insufficienti sinergie socio-sanitarie almeno in una delle realtà; la situazione era ulteriormente complicata per l'esistenza di modelli di gestione socio-assistenziale diversificati da parte dei differenti consorzi e della gestione diretta da parte dell'ex ASL 21, con differenti livelli di realizzazione dei Piani di Zona.

Dal punto di vista della valorizzazione economica della giornata di residenzialità la provincia di Alessandria presentava valori tra i più bassi dell'intera Regione, senza che peraltro questo avesse comportato, come ampiamente documentato dall'attività delle commissioni di vigilanza, sempre presenti ed attive, uno scadimento dei servizi forniti ai cittadini. Il modello che si è sviluppato, in particolare nel territorio Alessandrino, prevede infatti di fornire altri servizi e supporti alle strutture residenziali (distribuzione diretta dei farmaci, alcuni dei quali in fascia C, distribuzione pannoloni, ADI ecc.).

In base a queste premesse è stato costituito come ricordato il gruppo di lavoro per l'integrazione socio-sanitaria con funzioni di mappatura della situazione, definizione di protocolli operativi e modulistica comuni e programmazione degli sportelli unitari d'accesso.

La struttura della popolazione

Le tabelle successive evidenziano i dati demografici delle tre ASL, suddivisi per area distrettuale, sulla base degli attuali distretti socio-sanitari.

EX ASL20	DISTRETTO ALESSANDRIA	DISTRETTO TORTONA	TOTALE
POPOLAZIONE COMPLESSIVA	123.412	62.106	185.518
POP >65 A	30.493	16.315	46.808
POP >75 A	15.080	8.514	23.594
% POP >SUP65 A	24,7%	26,3%	25,2%
% POP >SUP75 A	12,2%	13,7%	12,7%

EX ASL21	DISTRETTO CASALE	DISTRETTO VALENZA	TOTALE
POPOLAZIONE COMPLESSIVA	87.155	31.823	118.978
POP >65 A	22.842	7.902	30.744
POP >75 A	11.702	3.860	15.562
% POP >SUP65 A	26,2%	24,8%	25,8%
% POP >SUP75 A	13,4%	12,1%	13,1%

EX ASL22	DISTRETTO ACQUI	DISTRETTO NOVI	DISTRETTO OVADA	TOTALE
POPOLAZIONE COMPLESSIVA	43.361	72.855	28.188	144.404
POP >65 A	12.515	18.993	7.773	39.281
POP >75 A	6.648	9.722	4.034	20.404
% POP >SUP65 A	28,9%	26,1%	27,6%	27,2%
% POP >SUP75 A	15,3%	13,3%	14,3%	14,1%

TOT ASL AL	ASL AL
POPOLAZIONE COMPLESSIVA	448.900
POP >65 A	116.833
POP >75 A	59.560
% POP >SUP65 A	26,0%
% POP >SUP75 A	13,3%

E' evidente la prevalenza della popolazione anziana: in tutte le aree, con una media provinciale di ultrasessantacinquenni superiore al 25% e di ultrasettantacinquenni superiore al 12%, con percentuali di over65 superiori al 23% in tutte le aree e con le punte del distretto di Acqui (29% > 65 15 > 75)..

Una popolazione particolarmente anziana si riscontra anche nei distretti di Ovada, Novi e Cerrina mentre il Distretto di Alessandria e soprattutto quello di Valenza, mostrano una popolazione relativamente più giovane (Valenza > 65 22,5%, > 75 9,8%).

I servizi agli anziani

L'esistenza di diversi organi gestori nei vari territori, hanno determinato lo sviluppo di modelli assistenziali differenti, nei riguardi della non autosufficienza, con servizi di vario tipo, evidenziati nei piani di zona.

La residenzialità e gli assegni di cura rappresentano comunque gli aspetti più rilevanti con cui viene affrontato il problema della non autosufficienza.

Le tabelle successive riportano i dati relativi al numero totale di posti letto per i quali le ASL sostengono la quota sanitaria, tra i quali sono ricompresi anche gli ex-psichiatrici rivalutati (ex fascia B), l'indice di PL per 100 Abitanti > 65 e > 75.

ASSISTENZA RESIDENZIALE ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

	DISTRETTO ALESSANDRIA			DISTRETTO TORTONA			DISTRETTO CASALE			DISTRETTO VALENZA		
	al 31.12.07	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.07	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.07	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.07	al 31.12.08	al 31.12.09
N° ANZIANI	503	540	547	165	196	201	293	319	319	98	106	106

	DISTRETTO ACQUI			DISTRETTO NOVI			DISTRETTO OVADA			TOTALE		
	al 31.12.07	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.07	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.07	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.07	al 31.12.08	al 31.12.09
N° ANZIANI	155	182	182	259	288	289	99	105	106	1.572	1.736	1.750

Senza entrare nei dettagli si evidenzia ancora una variabilità dell'indice di posti letto/100 ab over 65 e 75, piuttosto marcata tra i vari distretti delle tre ASL, anche se in miglioramento rispetto al 2007.

E' comunque importante notare che la lunghezza della lista d'attesa non correla in alcun modo con l'indice di posti letto.

Questo porta a riflettere sul fatto che la lista d'attesa non può essere l'unico o il più rilevante parametro utilizzato per definire il bisogno e quindi i finanziamenti, a livello Regionale o di ASL.

E' evidente che altri fattori, come ad esempio la situazione generale socio-ambientale e l'esistenza di reti di solidarietà nel territorio, i servizi alternativi forniti da Consorzi ed ASL, la struttura della famiglia, che meritano una valutazione approfondita, sono importanti nel definire "**il bisogno di residenzialità**" di un determinato territorio.

I dati evidenziano anche una progressiva riduzione del tempo della forbice tra gli indici dei letti convenzionati nei vari distretti, forbice che anche nella prime fase del 2010 l'azienda intende ridurre.

Unità di Valutazione Geriatrica

Con DGR n. 188-24789 del 3 maggio '93 "Istituzione dell'UVG e adozione della scala di valutazione funzionale multifunzionale" si provvede a denominare Unità di Valutazione geriatria la Commissione tecnica di cui alla D.G.R. 113-16221/92 e ad approvare le scale di valutazione da utilizzare come U.V.G. nell'ambito dei programmi assistenziali rivolti alle persone anziane non autosufficienti.

Con D.G.R. n. 14-26366 del 28/12/98 "Deliberazione settoriale attuativa progetto obiettivo Tutela della salute degli Anziani. U.V.G." sempre in applicazione del P.O.A. regionale , si

fornivano alle Aziende sanitarie locali e Ospedaliere indicazioni sulla costituzione e sul funzionamento delle U.V.G. e U.V.G.O.

In base alla sopraccitata normativa si erano costituite nelle AA.SS.LL. 20-21-22 le commissioni tecniche (U.V.G.) che hanno sviluppato, nel tempo, modalità operative diverse attivando, in alcune realtà, delle sperimentazioni sulle schede di valutazione.

Con deliberazioni nr. 650-651 del 5.3.2009 sono state rispettivamente istituite la nuova UVG- Unità di Valutazione Geriatrica aziendale e la nuova commissione di vigilanza sui presidi socio assistenziali, socio educativi e socio sanitari, entrambe articolate su base distrettuale.

Il processo attivato è finalizzato all'adozione di un comportamento omogeneo rispetto all'utenza su tutto il territorio provinciale ed alla semplificazione delle procedure d'accesso individuando percorsi unici e chiari per una presa in carico globale del cittadino.

Sono stati definiti percorsi formativi per omogeneizzare i criteri di valutazione, le sedute dell'UVG sono mensili in tutte le realtà e sono state raggiunte graduatorie distrettuali uniche in tutti i territori.

Cure Domiciliari

Rientrano nella rete di risposte integrate per l'anziano non autosufficiente il servizio di Cure Domiciliari (D.G.R. n. 41-5952 del 07/05/02 e D.G.R. n. 51-11389 del 23/11/03) come intervento a sostegno della domiciliarità.

E' stato rivisitato il modello unico rispetto a quello previsto dalla D.G.R. 41-5952 (all. 3) sia per il servizio di Lungoassistenza che per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e nella fase attuale è stata prevista la graduale riconversione di tali modelli a quelli della DGR 39.

Tra i percorsi relativi alle cure domiciliari vanno distinti il **percorso di continuità assistenziale**, normato dalla D.G.R. n. 72-14420, relativo a persone i cui bisogni sanitari ed assistenziali, dopo un episodio acuto, sono assimilabili ad anziano non autosufficiente e che non possono essere rinviiati immediatamente a domicilio, ed il percorso delle **dimissioni protette**, relativo a pazienti che non più nella fase acuta di malattia necessitano ancora di livelli assistenziali sanitari elevati o specifici al fine di stabilizzare la situazione o completare il percorso di diagnosi cura e riabilitazione.

In questo caso verranno elaborati progetti specifici, legati alle esigenze dei vari territori, da parte delle Direzioni Sanitarie dei singoli PO.

Il superamento delle differenze tariffarie

Il superamento delle differenze tariffarie con allineamento delle quote delle strutture per anziani del territorio dell'Alessandrino a quelle degli altri territori regionali è avvenuto con le metodologie indicate dalla Regione Piemonte, che hanno comportato da parte delle strutture l'elaborazione di schede di progressione che certificassero il miglioramento dei servizi e il superamento delle forme di salario convenzionale nei confronti dei lavoratori delle strutture.

Ciò, oltre all'aumento del numero dei posti letto convenzionati ha determinato un incremento degli investimenti in questo settore rilevante.

	2006	2007	2008	2009
Anziani	17,5	21,2	24,8	26,6
Disabili residenz.	5,1	6,2	6,4	6,9
Disabili C. diurni	3,4	3,6	4,1	4,3
Sert	1,5	1,5	1,7	1,6
Psichiatria	4,0	4,6	5,3	5,8

La tabella, oltre ai costi sostenuti per gli inserimenti degli anziani riporta anche l'evoluzione dei costi per i Disabili inseriti in strutture residenziali, per i disabili inseriti in strutture diurni, per i pazienti del SERT inseriti in strutture comunitarie e per i pazienti della psichiatria inseriti in strutture di vario tipo.

L'incremento è presente in tutte le categorie ma soprattutto per anziani e disabili in cui si evidenzia la crescita degli investimenti, accompagnata da un sostanziale miglioramento in termini di equità.